

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Psicología

Carrera de Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

**“Adolescencia, consumo de sustancias y
demanda terapéutica”**

Lic. Martina Fernández Raone Napolitano

Director: Mg. Norma E. Najt

Año 2017

**“Adolescencia, consumo de sustancias
y demanda terapéutica”**

Dedicatoria

Dedico esta tesis doctoral a mis familiares y seres queridos, sin cuyo apoyo y acompañamiento no hubiera sido posible.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a las numerosas personas e instituciones que han posibilitado este trabajo a partir de su aporte y colaboración.

Agradezco a mi directora, la Profesora Norma E. Najt, por el compromiso asumido con mi proyecto y por la orientación recibida.

El trabajo empírico que ha supuesto esta investigación fue posible gracias a que los directivos de la institución seleccionada donde he delimitado la casuística estudiada permitieron el acceso, brindando su cooperación y generando las condiciones para la realización de las entrevistas y tratamiento ambulatorio.

Agradezco entonces a ellos y, principalmente, a la Licenciada en Psicología Silvia Zamorano quien posibilitó el contacto con el Hospital especializado en donde realicé mi trabajo así como acompañó mi labor en el mismo. Incluyo en mi agradecimiento a los profesionales y al equipo administrativo del centro de atención, especialmente a las Licenciadas en Psicología Liliana Cerfoggia y Patricia Paoli, quienes han facilitado mi inserción institucional y han favorecido la obtención del material clínico junto con su análisis y supervisión. A su vez, también a los pacientes que concurrieron a las instancias de las entrevistas iniciales del dispositivo terapéutico.

En mi proceso de formación en la temática de este trabajo han resultado centrales los aportes recibidos del excelente plantel docente, tanto de la Carrera de Doctorado en Psicología como de la Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos de la Facultad de Psicología (UNLP). A ellos mi reconocimiento y admiración.

Finalmente, quiero agradecer a mi madre, a mi padre, a mi familia y amigos por su sostén constante. A su vez, a Federico, por su compañía y apoyo durante estos años.

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
PARTE I. Marco teórico y antecedentes. Adolescencia, nuevos síntomas y demanda terapéutica	11
Capítulo 1. Adolescencia: antecedentes y estado actual	12
1. Definición, delimitación y extensión del concepto de adolescencia	13
2. Perspectiva histórica sobre la adolescencia	14
2.1. En los comienzos	15
2.2. La historia de la adolescencia como concepto: Rousseau y su influencia en el siglo XIX	19
3. La Psicología de la adolescencia a comienzos del siglo XX.....	20
4. La pubertad y la adolescencia en Freud.....	22
5. Después de Freud	27
5.1. August Aichhorn: juventud abandonada, Psicoanálisis y Educación	27
5.2. Anna Freud: Psicología del yo y crisis de la adolescencia	29
5.3. Donald Winnicott: adolescencia, depresión y medio familiar facilitador	33
5.4. Erik Erikson: Psicología del Yo y crisis de identidad en la adolescencia.....	39
5.5. Françoise Dolto: la adolescencia, una segunda vida imaginaria y el papel privilegiado de la dimensión social.....	43
5.6. Psicoanálisis francés contemporáneo: estado y proceso adolescente en el marco del narcisismo y las relaciones de objeto.....	45
6. Problemas actuales sobre la adolescencia.....	49
6.1. Psicoanálisis y actualidad de la adolescencia.....	57
El estatuto de la adolescencia	63
Capítulo 2. Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia.....	65
1. Los denominados “nuevos síntomas”	65
1.1. La sociedad contemporánea y sus malestares	68

1.1.1. Perspectivas sociológicas	68
1.1.2. En el campo del Psicoanálisis	69
1.2. Emergencia de los “nuevos síntomas” y de las llamadas “conductas de riesgo” en la adolescencia	73
1.2.1. Perspectivas sociológicas y antropológicas	74
1.2.2. En el campo del psicoanálisis	76
2. El consumo de sustancias: usos y dependencias.....	82
2.1. En el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría contemporánea: uso, abuso y adicción	82
2.2. Perspectivas sociológicas: la carrera de la droga versus la teoría de la escalada.....	90
2.3. En el campo del Psicoanálisis: consumo y toxicomanía	92
2.3.1. Consumo de sustancias en la adolescencia: coyuntura de inicio y función de la droga.....	96
Capítulo 3. La demanda terapéutica en centros especializados..	100
1. La demanda de asistencia terapéutica	101
2. Dispositivos de tratamiento para el abordaje de las consultas por adicciones.....	103
2.1. La institución especializada	105
2.1.1. Dispositivo de ingreso: las entrevistas de admisión	109
2.1.2. Dispositivo ambulatorio	111
2.1.3. Hospital de Día	112
2.1.4. La internación como posible intervención	113
2.1.5. El Hospital Especializado en drogodependencia y alcoholismo “Reencuentro”..	116
2.2. Las derivaciones institucionales por consumo de sustancias	119
2.3. La importancia de las entrevistas preliminares	123
2.4. Los dispositivos terapéuticos grupales en el tratamiento de la toxicomanía ...	125
La pregunta de investigación	127
PARTE II. Casuística y categorías de análisis de investigación.	
Estudio de casos	128
Capítulo 1. La casuística y las categorías de análisis de investigación. Metodología, resultados y discusión	129

Metodología	130
Resultados y discusión	131
La casuística y las categorías de análisis de investigación	131
1. Edad y sexo de los consultantes	132
2. Origen de la demanda	134
3. Tipo de ingreso a la institución	136
4. Motivo de consulta	138
4.1. Preocupación por el uso de sustancias y relación con la droga	139
4.2. Solicitud de internación	145
4.3. Aparición de otras presentaciones sintomáticas	148
4.4. Consultas “preventivas”	149
5. Nivel de escolaridad	149
6. Conductas de riesgo asociadas	154
6.1. Actos delictivos	156
6.2. Actos de violencia	158
6.3. Fugas y errancias	159
6.4. Sobredosis o intoxicaciones	160
6.5. Intentos de suicidio	163
6.6. Autolesiones	165
6.7. Accidentes	167
7. Posición subjetiva frente a la consulta y a la oferta de tratamiento	169
7.1. Aceptación activa	170
7.2. Aceptación pasiva	171
7.3. Rechazo pasivo	172
7.4. Rechazo activo	173
7.5. Posición subjetiva, origen de la demanda, conductas de riesgo y edad de los pacientes	173
8. Edad de inicio del consumo de sustancias	174
9. Tipos de sustancia y modos de consumo	176
10. Función del tóxico	177
Conclusiones	181
Capítulo 2. Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico. Metodología, resultados y discusión.	183

Metodología	184
Resultados y discusión	185
I. Presentaciones en la admisión: la primera entrevista	185
1. Conductas de riesgo	186
1.1. Lucas: entre la recriminación y el desafío	186
1.2. Sabrina: "Esto es lo mío, no lo voy a cambiar"	188
1.3. Pedro y una pendiente mortífera	190
2. Cuando la demanda es de la institución penal	192
2.1. Alejandra: una madre en riesgo	192
2.2. Miguel: un futuro incierto	193
3. A dos voces: padres e hijos	195
3.1. Paula y su padre: cortes y adicción	195
3.2. Leandro y su madre: rechazo de tratamiento y reivindicación materna	196
3.3. Daniela: la puerta que se mantiene abierta	198
3.4. Facundo: padres culpabilizados y decepción del hijo	199
4. Adherencia a las drogas y estrategias de salida.....	201
4.1. Joaquín: autoacusaciones y una única salida	201
4.2. Simón: la droga es lo único que conozco	202
4.3. Bruno: una demanda imperativa de internación	204
5. Crisis de angustia y función de las drogas	205
5.1. Cristian: un encuentro con lo imposible de soportar	205
5.2. Jorge: un hecho traumático que no se puede olvidar.....	206
5.3. Laura: la reaparición del padre y el recurso a la droga	207
Conclusiones de las primeras entrevistas	208
II. Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo	212
1. La nostalgia por el padre	213
2. El consumo y las preguntas sin respuesta: la sexualidad hace agujero en lo real	214
3. Las identificaciones horizontales y el grupo de autoayuda.....	215
4. La fragmentación de la novela familiar y cambios vocacionales	217
5. La demanda de amor y el temor al abandono	218
Conclusiones del recorrido terapéutico del caso Leonardo	219

CONCLUSIONES	221
1. El inicio del consumo	221
2. Relación con la droga	223
3. La función de la droga	224
4. Problemas asociados	225
5. La demanda terapéutica y su abordaje.....	226
REFERENCIAS	230

Esta tesis se propone desarrollar la articulación entre adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica en un hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo. A tal fin parte de la pregunta *¿Por qué el consumo y la adicción a diferentes tipos sustancias tóxicas se inician en general en la adolescencia y qué particularidades y dificultades se encuentran en la demanda terapéutica por adicciones en una institución asistencial para abordar estas presentaciones desde una perspectiva psicoanalítica?*

Con el propósito de responder a esta pregunta revisamos, en primer lugar, el problema del concepto de adolescencia desde una perspectiva histórica, particularmente dentro del Psicoanálisis, para concluir con los debates actuales y presentar el marco teórico que orienta los temas de los siguientes capítulos. La adolescencia como coyuntura específica del encuentro con lo real del sexo, tal como plantea Jacques Lacan, confronta al sujeto con la necesidad de invenciones y soluciones que permitan alcanzar una posición e identificación sexuales que puedan ser inscriptas en un lazo social. Este momento de transición implica dificultades diversas, que se ven acentuadas por los cambios operados en la cultura de nuestra época, correlativos de la caída de los ideales y el privilegio que adquieren los objetos de consumo que pueden llegar a convertirse en modos adictivos de cubrir la división estructural del sujeto y el goce sometido a la castración. El consumo de sustancias y la toxicomanía, que pueden ser incluidos dentro de los denominados “nuevos síntomas” en su diferencia con los síntomas neuróticos, resultan paradigmáticos de las manifestaciones que se presentan en la adolescencia de nuestra época como una manera de eludir el problema sexual. Presentaremos al respecto los resultados de nuestra investigación empírica descriptiva en un hospital especializado en donde concurrimos a la instancia de admisión de 120 pacientes. Organizamos la descripción y análisis de la casuística delimitada de acuerdo a determinadas categorías construidas para realizar un examen exploratorio inicial. Seguidamente realizamos un análisis cualitativo,

centrado en el análisis de las primeras entrevistas de 15 pacientes, agrupadas de acuerdo a los rasgos principales que las caracterizaron. Nos detendremos luego en el recorrido terapéutico de un caso único, que permite hallazgos de especial importancia para determinar la función del tóxico, hallazgos que sólo se presentan después de haberse operado una rectificación subjetiva que posibilita la inscripción del síntoma en transferencia. Nuestras conclusiones se proponen responder al problema planteado en la pregunta de investigación, precisando la relación y función de la sustancia, los problemas asociados y la particularidad de la demanda terapéutica en los adolescentes que comprende nuestra casuística y particularmente el estudio del caso único. En este capítulo intentaremos mostrar las posibilidades ofrecidas por el dispositivo analítico para desplazar la demanda inicial y constituir el síntoma en transferencia en jóvenes en los que la función de la droga revela ser un medio de apaciguar la angustia y evitar el despertar de sus sueños, cuando las referencias simbólicas resultan insuficientes para orientar sus soluciones singulares.

Introducción

Esta investigación se propone establecer la articulación entre estos tres sintagmas: adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica. Justificamos su importancia en principio por cuatro cuestiones ampliamente reconocidas en los programas nacionales de salud (UNICEF, 2016), en instituciones asistenciales (Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2012) y en los informes de autores de diversas disciplinas.

En primer lugar, el incremento de la presentación del problema de las adicciones en nuestra época (Arnoult, 2011; Laurent, 1997; Naparstek, 2006; Sotelo, Irrazabal, Miari & Cruz, 2013). En segundo lugar, el señalamiento en distintos trabajos sobre el inicio del consumo de tóxicos en la adolescencia (Lacadée, 2007; Mitre, 2014; Stevens, 2001, 2013). En tercer lugar, destacamos el aumento en la actualidad del pedido de atención terapéutica de adolescentes en centros abiertos a la comunidad, lo cual ha producido una multiplicación de publicaciones y presentaciones sobre el tema (Deltombe, 2009; Donnart, Oger & Ségalen, 2016; Freda, 2009; Gutton, 2004, 2009; Reina & Soriano, 2010; Rossignol, 2007; Sauret, 2010). Las dificultades en el tratamiento y en la delimitación formal del síntoma de pacientes adolescentes ya han sido señaladas por el psicoanálisis de diferentes orientaciones desde hace tiempo (Dolto, 1988/1990; Erikson, 1950/1966; Freud, 1936/1954; Houssier, 2003).

No obstante, estas características vinculadas a la clínica de la adolescencia plantean en el presente desafíos específicos para la práctica psicoanalítica por las dificultades que conllevan y por el problema de la implementación del dispositivo en este momento de transición para lograr la inscripción del síntoma en transferencia (Cottet, 2013; Gutton, 2009; Naveau, 1996; Tizio, 2007). Asimismo se subrayan los obstáculos que se presentan para continuar un proceso que sólo utiliza el recurso a la palabra. No es posible dejar de lado el contexto en el cual adquiere mayor significación esta problemática y que se vincula con la extensión

que se ha producido en el área de aplicación del Psicoanálisis en nuestra época. Esta extensión incluye en su campo de operación patologías muy diferentes a las neurosis que dieron origen al comienzo y desarrollo de la cura freudiana, tales como las psicosis, la clínica con niños y adolescentes, desórdenes de la alimentación y patologías del consumo.

Finalmente, otra cuestión que nos resultó relevante se refiere a la ausencia de investigaciones actuales y de estudios teórico-clínicos locales referidos específicamente a la consulta de adolescentes por el uso o abuso de sustancias en hospitales públicos especializados en drogodependencia y alcoholismo desde una perspectiva psicoanalítica freudo-lacaniana.

En este sentido, consideramos que la originalidad de nuestro trabajo se fundamenta en los posibles hallazgos, con una adecuada articulación teórico-clínica, de las problemáticas que pueden emerger en la adolescencia, especialmente los singulares usos y funciones de la droga en esta coyuntura de la vida así como la solicitud de asistencia terapéutica de adolescentes en una institución dedicada a la atención y tratamiento del consumo de sustancias.

A fin de organizar un plan de trabajo que nos permitiera establecer la articulación propuesta, hemos dividido esta tesis en dos partes, siguiendo una secuencia que nos ha posibilitado precisar y culminar en la elaboración del problema, partiendo de lo que podríamos formular de la siguiente manera, como pregunta general de la investigación:

¿Por qué el consumo y la adicción a diferentes tipos sustancias tóxicas se inician en general en la adolescencia y qué particularidades y dificultades se encuentran en la demanda terapéutica por adicciones en una institución asistencial para abordar estas presentaciones desde una perspectiva psicoanalítica?

La primera parte de la tesis lleva por título *Antecedentes y marco teórico. Adolescencia, nuevos síntomas y demanda terapéutica*. En el capítulo 1, *Adolescencia: Antecedentes y estado actual*, para estudiar este tema adoptaremos como método una doble perspectiva, sincrónica y diacrónica en el análisis de los textos seleccionados. Partiremos de los comienzos del concepto con Rousseau

(1762/1973) en el siglo XVIII. Destacaremos particularmente la vigencia que alcanzaron sus escritos más tarde, en el siglo XIX, cuando proliferan estudios y definiciones del término, del mismo modo que ciertos estereotipos que pasaron a la opinión pública e incluso sirvieron de fundamento para ejercer una acción política de Estado, en distintos momentos, en diversos países. Recordemos que los Estados progresivamente en el curso del siglo XIX y XX se hicieron cargo de la educación de diferentes clases sociales y de ambos sexos y de organizar dispositivos que permitieran regular y controlar una juventud que consideraban asediada por peligros y desviaciones (Perrot, 1996).

En Rousseau también se encuentra el origen del sintagma que tendrá repercusiones de importancia particularmente en Psicoanálisis, la noción de “crisis de la adolescencia”. Desarrollada de diferentes maneras en el curso del siglo XX, culminará con su cuestionamiento en nuestra época desde diferentes disciplinas, entre ellas la Sociología, la Psicología y la Psiquiatría, así como de su revisión en Psicoanálisis con la noción de “proceso adolescente” e incluso “proceso puberal” (Gutton, 1993). Debate de actualidad que nos resulta de interés y que intentaremos abordar en relación a los núcleos problemáticos que se plantean dentro del campo del Psicoanálisis y sus diversas orientaciones, para concluir con la presentación de nuestro marco teórico, la enseñanza de Lacan, del cual podremos extraer, como contexto general del abordaje del problema de la adolescencia, una lógica de la constitución del sujeto en el marco de las relaciones desarrollo y estructura.

Pondremos en tensión en este apartado los desarrollos freudianos sobre *Las metamorfosis de la pubertad* de *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978) y su reformulación en Lacan (1974/1988), particularmente en torno a una diferencia fundamental con el creador del psicoanálisis que posee incidencias en la concepción de la pubertad y la adolescencia: se trata del abordaje de lo que Freud denomina pulsión genital con cuyo ejercicio terminaría el desarrollo de la sexualidad infantil y permitiría diferenciarla de etapas previas, la infancia y la pubertad. Nos detendremos en las consecuencias de esta revisión a partir de una perspectiva crítica. Por supuesto que no dejamos de encontrar sus huellas en el

mismo Freud, cuando aborda el problema de la sexualidad y la diferencia de sexos. Recordemos al respecto las notas que encontramos en el texto al que hemos hecho referencia: Freud advierte que no hay diferencia masculino-femenino a nivel del inconsciente, sino que sólo puede ser reemplazada por el par actividad-pasividad. Encuentra además que únicamente en términos sociológicos se puede asegurar la existencia de esta diferencia, es decir, en las ficciones que organiza la cultura.

Lacan (1974/1988) presentará al respecto su axioma de estructura: “no hay relación sexual”, en la medida en que la pulsión es siempre pulsión parcial con respecto a su fin, y el sujeto tendrá que buscar en el campo del Otro los semblantes que le permitan adoptar una posición e identificación masculina o femenina, no sin pasar por la castración. De especial importancia para nuestra tesis resulta entonces la pregunta: ¿Cómo se las arregla el púber para atravesar este momento, verdadero encuentro con lo real fuera de significación, real que implica una inevitable pregunta y soluciones diversas? Soluciones que permitan o impidan al adolescente situarse como hombre y mujer, en términos de deseo sexual, buscando en el Otro el complemento de aquello que del goce del viviente se ha perdido por ser un sujeto parasitado por el lenguaje.

Esta cuestión es de relevancia para esta investigación y nos permitirá entender el interés que encontramos en los trabajos actuales dentro del Psicoanálisis de orientación lacaniana por los desarrollos teóricos de sociólogos, filósofos y antropólogos para abordar el problema que plantea la adolescencia en un momento de transformaciones de la época actual vinculada a lo que ha sido llamado hipermodernidad (Lipovetsky & Charles, 2006). El *Capítulo 2* de esta primera parte se ocupa justamente de los cambios que se producen en la cultura contemporánea y en el lazo social a partir del capitalismo desarrollado y su corolario, la sociedad de consumo. Hemos titulado este capítulo *Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia*.

Inevitablemente, la denominada “sociedad de consumo” no puede dejar de incidir en modificaciones de la economía de goce a partir del imperativo que, a diferencia

de lo que dictaminaban las reglas de la sociedad victoriana, impone el derecho convertido en obligación de gozar sin restricciones, ofreciendo múltiples objetos que crean necesidades. Esto repercute en una disminución de las regulaciones simbólicas que limitaban en otros momentos históricos el orden de la satisfacciones, razón por la cual psicoanalistas de diversas orientaciones (Brousse, 2000; Cottet, 2006; Laurent, 2009; Miller, 2005; Najt & Otero Rossi, 2011) destacan que el régimen ordenado por el Padre como garante del orden simbólico ya no es más lo que fue en tiempos de Freud (1930/1979). Adoptan diferentes posiciones al respecto, después de reconocer los cambios que se han producido en la clínica, teniendo en cuenta que la envoltura formal del síntoma depende de los significantes que cada época ofrece para ocultar el núcleo de goce que se satisface, a pesar de la represión.

Es en este contexto de diversas modificaciones en la forma misma de las presentaciones clínicas que se presentan los denominados “nuevos síntomas”, (Deltombe, 2010; Lacadée, 2011-12; Recalcati, 2004; Stevens, 2001; Unzueta & Zubieta, 2010), particularmente en la adolescencia, así llamados por sus diferencias con los síntomas clásicos de las neurosis. Recordemos que estos últimos se manifiestan como disfuncionamientos con respecto a los Ideales que orientan la normalidad del sujeto. Anorexia, bulimia, automutilaciones y diferentes tipos de adicciones no corresponden a esta definición del síntoma, son síntomas mudos, que en general no reclaman una terapéutica, ni se presentan como mensajes a descifrar, sino más bien como “estilos de vida”, síntomas incorporados a la personalidad. Nos hace recordar lo que señalaba Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926/1975), con respecto a un estatuto que podía llegar a adquirir la obsesión en algunos neuróticos, cuando se alcanza la incorporación del síntoma al yo. Dentro de este tipo de nuevas presentaciones, el consumo de sustancias y su inicio en la adolescencia suscita problemas específicos, que obligan a estudiarlos con detenimiento y a evitar generalizaciones apresuradas que se producen en muchas ocasiones, especialmente en perspectivas que intentan obtener información para organizar programas de prevención. El camino que hemos trazado en nuestra investigación es otro, como lo veremos en la segunda parte.

Antes de entrar en las particularidades de la investigación empírica, nos hemos detenido en el análisis del último término de la articulación anunciada al comienzo. Nos referimos al problema de *La demanda terapéutica en centros especializados*, temática que desarrollamos en el capítulo 3 de la primera parte. En este capítulo plantearemos cuestiones relacionadas con la presentación del síntoma en la adolescencia en una institución denominada “Hospital Especializado en Drogodependencia y Alcoholismo”. Nominación que sella al partir el punto de la dirección de la demanda con una inequívoca categoría en la que se captura el malestar y que obstaculiza en muchos casos la apertura a una problemática más amplia o a la expresión de otros efectos sintomáticos. Por otro lado, y considerando la advertencia previa, es de interés diferenciar la demanda inicial del motivo de consulta, diferenciación que en muchos casos permite amortiguar el problema del nombre de la institución, cuando se logra obtener un desplazamiento de lo que se fijaba en la queja por adicciones. También en este capítulo expondremos los dispositivos con los que cuenta el hospital y otros centros asistenciales especializados, las principales derivaciones y admisiones de oficio, así como las particularidades de las demandas de urgencia subjetiva.

Hemos considerado, por otro lado, la frecuencia de las consultas por terceros en la clínica de la adolescencia, frecuencia que el caso de los diversos tipos de consumo de sustancias se incrementa, ya que los que hacen el pedido en gran cantidad de casos son los padres o instituciones judiciales. Por esta razón tomamos con precaución la posición subjetiva de los adolescentes que se manifiesta inicialmente, y sólo esperamos la respuesta a la oferta de las entrevistas preliminares, oferta que se dirige al establecimiento de un nuevo lazo social, que permita desplazar la significación del “especialista en adicciones”. Sólo a partir de este desplazamiento podremos lograr una apertura a efectos de significación nuevos, vinculados al horizonte de un saber en suspenso después de atravesar el umbral que lo separe de la demanda inicial. El capítulo culmina con una crítica a los dispositivos grupales de asistencia generalmente organizados en base a significantes ideales, que no hacen más que reforzar las identificaciones

del sujeto, cuestión que podremos constatar más adelante cuando abordemos el estudio de casos.

La segunda parte de la tesis se titula *Casuística y categorías de análisis de investigación. Estudio de casos* y desarrolla la investigación empírica realizada en el marco hospitalario.

En el Capítulo 1 llamado *Casuística y categorías de análisis. Metodología, resultados y discusiones* exponemos la metodología seleccionada y los resultados obtenidos en función de las categorías construidas para analizar la información recabada en 120 entrevistas de admisión. Esto nos permitió formalizar una serie de tablas de porcentajes en las que se describen los diferentes tipos de demandas, su origen, el ingreso y reingreso a la institución, la formulación de la demanda de asistencia, las solicitudes de internación, la aparición de otros síntomas, las consultas preventivas, etc. Esta información del estudio exploratorio descriptivo nos permitió dar un primer paso considerando los cuatro años en los que se desarrolló la investigación empírica. Contemplaremos las demandas de asistencia tomando en consideración elementos de estadística descriptiva junto con el establecimiento dentro de esa generalidad de algunas particularidades de la problemática del consumo en la adolescencia. Un especial interés adquieren los resultados sobre la función del tóxico que se destaca en estas primeras entrevistas, resultados que se centran en las razones que pueden deducirse de los dichos del paciente en la primera entrevista. Otros de los hallazgos significativos fue constatar las interrupciones a la escolaridad en gran parte de los adolescentes, los antecedentes de intentos de suicidio en un grupo de casos y la frecuencia de conductas de riesgos en un alto porcentaje de la población seleccionada, coincidiendo en gran parte con los casos derivados por disposición judicial.

El capítulo 2 aborda desde otro ángulo el análisis del problema y se titula *Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico*. Utilizamos aquí un método cualitativo, en el que se expone en primer lugar la secuencia de un número determinado de primeras entrevistas en las que se destaca la singularidad de las presentaciones clínicas en el marco de la generalidad de determinadas

problemáticas en la que pueden incluirse. Hemos seleccionado quince (15) casos distribuidos de acuerdo a cinco categorías: 1) *Conductas de riesgo* (tres casos); 2) *Cuando la demanda es de la institución penal* (dos casos); 3) *A dos voces: padres e hijos* (cuatro casos); 4) *La dependencia de las drogas y estrategias de salida* (tres casos); y 5) *Crisis de angustia y función de las drogas*. (tres casos). En estas primeras entrevistas podremos observar, en primer lugar, la diversidad clínica de las presentaciones y el rasgo sobresaliente en cada una de ellas, así como la problemática general que las reúne. De importancia resulta situar las coordenadas que permiten dirigir nuestras intervenciones, que a su vez consideramos que deben ser flexibles si ponemos en primer plano la dimensión de la enunciación de la demanda para matizar los enunciados que se manifiestan y que sólo así pueden modificar los efectos de significación que permitan orientar nuestras respuestas.

Por último, en este capítulo analizamos un recorrido terapéutico: se trata de un joven que concurre espontáneamente a la institución, y accede a la consulta después de haber pasado por otro de los dispositivos que se ofrece a los pacientes, el grupo de autoayuda. Como lo desarrollaremos cuando nos detengamos en los efectos de este tipo de abordaje, en el caso que tratamos se nos presenta en un principio como transferencia lateral, e introduce dificultades en la constitución del síntoma como pregunta del sujeto. Seguiremos los avatares de los cambios que se producen en este recorrido, que incluye momentos de discontinuidad muy significativos, y que culminan en una estructuración neurótica. Los temas centrales del análisis del caso fueron el abandono de la infancia y la caída de la identificación fálica, el problema de la filiación y la nostalgia por el padre y, por último, el encuentro con el problema sexual como enigma que tropieza con la imposibilidad.

La tesis finaliza con las Conclusiones, en donde destacamos la elaboración de las respuestas a las que hemos llegado a partir de la pregunta que ha orientado nuestro recorrido bajo los siguientes títulos: 1) El inicio del consumo. 2) Relación con la droga. 3) La función de la droga. 4) Problemas asociados. 5) La demanda terapéutica y su abordaje.

Parte I

Marco teórico y antecedentes Adolescencia, nuevos síntomas y demanda terapéutica

Capítulo 1

Adolescencia: antecedentes y estado actual

A fin de establecer la articulación que propone esta tesis entre adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica, abordaremos en este capítulo, en primer lugar, los problemas que se presentan en la definición, la delimitación y la extensión del concepto de adolescencia.

En segundo lugar, a partir del reconocimiento de estos problemas y para lograr descubrir la lógica a la que obedecen, realizaremos una puntuación de los principales momentos en los que se han desarrollado concepciones de la adolescencia, contemplando diferentes perspectivas, desde su origen hasta la actualidad.

En tercer lugar, nos dedicaremos más adelante a las puntualizaciones que realizó Sigmund Freud en referencia a la pubertad y la adolescencia. En cuarto lugar, realizaremos una breve historia de los aportes a la teoría de la adolescencia del Psicoanálisis posterior a Freud, teniendo en cuenta la importancia que progresivamente adquirió el tema después del interés demostrado inicialmente sólo por algunos analistas, muchos de ellos contemporáneos de Freud.

A su vez, en el apartado titulado *Problemas actuales sobre la adolescencia* analizaremos los ejes que organizan las críticas a las concepciones tradicionales de la adolescencia, particularmente a la noción de “crisis de la adolescencia” ampliamente aceptada por los psicoanalistas del siglo XX, crítica que se extiende incluso a la existencia misma de la adolescencia, desde diferentes campos del saber en Ciencias sociales, Psicología y Psiquiatría.

Concluiremos con las consideraciones a las cuales hemos arribado acerca del estatuto de la adolescencia. Esta cuestión surge de la elaboración de un interrogante que se desprende de la pregunta original de investigación. En consecuencia, delimitaremos una definición del concepto a partir de nuestro marco teórico, la enseñanza de Jacques Lacan y las operaciones lógicas de constitución

del sujeto, en el marco de una teoría del desarrollo crítico estructural. Nos proponemos abrir de esta manera la articulación adolescencia y consumo de sustancias, como uno de los nuevos síntomas del Psicoanálisis Aplicado a la terapéutica, tema que será abordado en los capítulos siguientes.

1. Definición, delimitación y extensión del concepto de adolescencia

Etimológicamente, el término adolescencia proviene del latín “adolescere” que significa “ir creciendo” o madurar (Le Breton, 2014a; Perinat, 2003). Según Huerre, Pagan-Raymond y Raymond (1997/2003), al aparecer en la lengua latina, fue el producto de una lenta evolución de una raíz indo-europea que alude a “alimentar”. El sufijo *al* ha generado tres tipos de familias semánticas: en primer lugar, *alere*, cuya connotación es alimentar, hacer crecer, con sus derivados; en segundo lugar, *altus*, el “que ha terminado de crecer” y, por último, *ol*, dando lugar a las siguientes palabras: *proles* (conjunto de niños); *proletarius* (ciudadano de la clase popular que subsiste en la ciudad sólo a partir del recurso de su progenie); *adolescere* (crecer, del cual el participio presente es *adolescens*, “que está creciendo”, y su participio pasado, *adultus*, “que ha terminado de crecer”).

A partir de su etimología el término se inscribe en una dimensión temporal y señala un inacabamiento, en el contexto del crecimiento del individuo, lo que supone un momento de transición hacia el final, el estado adulto. Algunos autores, como Le Breton (2014a), relativizan la definición de la adolescencia, dependiendo del estatuto que cada sociedad le otorga, considerando que para algunas sociedades la adolescencia define “un período intermediario entre la infancia y la madurez social, de manera precisa o difusa según las situaciones” (p.5) así como otras sociedades no establecen esta demarcación. Como veremos más adelante, la definición misma de la adolescencia depende de la perspectiva en la cual se sitúe el investigador, del sentido que le otorgue a este concepto y de la o las realidades a las que se refiere o de la referencia vacía a la que apunta. Por ejemplo, Le Breton sostiene que “La adolescencia no es un hecho, sino, ante todo, una cuestión que atraviesa el tiempo y el espacio de las sociedades humanas” (p.5). En esto coincide Seguí (2009), quien nos presenta la adolescencia como

“una construcción cultural, que, como todas las construcciones, se configura de manera diferente según las épocas y los lugares y escapa a la lógica de lo universal”¹ (p.55).

Por el contrario, Sherif y Cantril (1947) analizan los problemas antropológicos de la adolescencia y su variabilidad de acuerdo a las cultura, pero agregan “los principios psicológicos fundamentales que obran en todos estos ambientes sociales debieran ser los mismos”² (p.220). La definición de la adolescencia, como vemos, está de entrada marcada por el ángulo desde el cual se sitúa su referencia. Le Breton (2014), por ejemplo, concluye al respecto: “convertirse en un hombre o una mujer no está ya más ritualizado, sino que se efectúa a través de un progresión personal. La adolescencia es ante todo un sentimiento” (p.7). Retomaremos este problema, el “llegar a ser un hombre o una mujer”, más adelante, para destacar el valor fundamental que la coyuntura ofrece al Psicoanálisis en el abordaje del problema.

Con respecto a la franja de edad que se otorga a la adolescencia podemos decir que es variable, el comienzo en general está asignado a la pubertad pero en algunos casos se incluye el período prepuberal como preadolescencia. Los problemas más arduos surgen en establecer su límite, ya que desde los trabajos de Stanley Hall (1904), quien consideraba el final de la adolescencia en los 24 ó 25 años, hay diferentes posiciones, dependiendo del grupo social que se tenga en cuenta, o del logro de la independencia económica y el casamiento, pero, como lo señala Muuss (1969/1988), estas constataciones empíricas no indican necesariamente madurez e independencia psicológica.

2. Perspectiva histórica sobre la adolescencia

Las investigaciones históricas sobre “la adolescencia” son relativamente recientes y privilegian el desarrollo del tema en una perspectiva de “historia de edades”. Philippe Ariès inaugura en Francia esta corriente de pensamiento con su obra

¹ La traducción es nuestra.

² La traducción es nuestra.

*L'enfance et la vie familiale sous l'Ancien Régime*³ (1960). De acuerdo a Agnes Thiercé (1999), este comienzo tardío se explica por dos razones: una distinción de edades que, según esta autora, se inicia a fines del siglo XIX, y, por el otro lado, las dificultades para delimitar para un historiador la adolescencia como objeto de estudio, considerando los problemas para su precisa demarcación. La historiadora conceptualiza la adolescencia como “clase de edad”, para recorrer diferentes períodos en los que distintos discursos abordan la adolescencia, dependiendo de los cambios sociales y particularmente de los avances de la institución escolar durante el siglo XIX y siglo XX, que se extienden hasta la actualidad.

2.1. En los comienzos

En la Antigua Grecia, encontramos diferentes figuras y formas en las cuales la adolescencia y la juventud eran tratadas por las sociedades de la época. En Esparta, los jóvenes eran sometidos a una estricta educación física y moral, con un severo entrenamiento bajo la supervisión y vigilancia de los mayores. El pasaje a la edad adulta, la transformación en hombre, implicaba la preparación para la guerra y la defensa de la ciudad. A través de ejercicios pautados por miembros adultos o ancianos de la comunidad, el objetivo era lograr soportar inclemencias, dolores, fatigas y miedos vinculados a la lucha y a la guerra (Le Breton, 2014a).

En Atenas, fue fundamental la figura del efebo (del latín *ephēbus*, y éste del griego ἔφηβος), palabra griega que significaba adolescente o el que había llegado a la pubertad. La efebía era una institución de la ciudad dedicada a la educación de los jóvenes que hizo su aparición en Atenas en el siglo V a. C. Como expresa Feixa (1998, p.27), “La celebración y reconocimiento público del fin de la infancia abría un período obligatorio de noviciado social -la *efebía*- en el marco de las instituciones militares atenienses, en las cuales permanecían los jóvenes hasta los veinte años”. Hacía alusión específicamente al varón joven (excluyendo a plebeyos y esclavos), el cual se convertía en efebo alrededor de los 18 años en el contexto cívico y militar. A partir de actividades preparatorias de un año inicial, los

³ *La infancia y la vida familiar en el Antiguo Régimen* [la traducción es nuestra].

jóvenes se dedicaban a prácticas de combate en donde aprendían el uso de armas y la convivencia con adultos.

De este modo, en las sociedades de la Grecia Antigua los jóvenes recibían una preparación física y moral respecto del cumplimiento y respeto de las leyes civiles y divinas, privilegiando la tarea de proteger su territorio. El pasaje a la edad adulta era a través de ritos de iniciación, los cuales tenían por premisa el alejamiento de la comunidad a través de diversas formas (custodia de las fronteras territoriales, raptos por parte de los amantes de los jóvenes, ejercicios militares, entre otros). El joven manifestaba una ruptura del lazo social, realizando actividades que se contraponían a las normas ciudadanas. También era costumbre entre los jóvenes las relaciones homosexuales, aunque regladas y jerárquicamente dirigidas. De ellos, una vez finalizada la iniciación, se esperaba que engendrasen hijos legítimos y que hiciesen uso de su virilidad para perpetuar el cuerpo cívico (Vernant & Vidal-Naquet, 1992). Luego de dos años de entrenamiento guerrero y de habitar un mundo cerrado, los jóvenes de este modo se transformaban en ciudadanos de pleno derecho y obligaciones.

Es interesante mencionar que, aunque circunscripta a los ciudadanos de sexo masculino y de determinadas elites, en la Antigua Grecia se delineaba una “fase de la vida libre de compromisos para poder prepararse” (Feixa, 1998, p.28), vinculada a una función cultural: la educación, relacionada con las ideas de eros, amistad y reforma.

Si dirigimos nuestra mirada a la Antigua Roma podremos observar que, sin embargo, la adolescencia como tal en la sociedad de la época no aparece hasta el siglo II a. C. (Luthe, 1991), luego de importantes modificaciones económicas y sociales como las siguientes: extensión de la gran propiedad rural; procesos de urbanización; desarrollo acabado de la esclavitud como medio principal de producción; incremento del excedente económico a partir de la usura y el comercio y acumulación de recursos por parte de un conjunto favorecido de la población (Giuliano, 1979).

Antes de esa fecha, el pasaje de la infancia a la edad adulta se realizaba a través de ritos. En octubre de cada año los varones de 15 ó 16 años de edad se dirigían hacia el Capitolio y al Fórum y se deshacían de la toga pretexta y la bula, símbolos de la infancia, para revestirse con la toga viril, vestimenta de los ciudadanos romanos (Le Breton, 2014a; Lutte, 1991). Esta ceremonia implicaba el futuro acceso a la posición de ciudadano libre de Roma, pero también la permanencia bajo las condiciones de la *patria potestas*. Esta forma de poder paterno, particularidad de la cultura romana antigua, otorgaba al padre el derecho de vida y muerte sobre sus hijos, lo cual se perpetuaba en las generaciones subsiguientes. A diferencia de Grecia, el papel de la figura paterna cobraba una relevancia fundamental en la educación de los hijos, ya que sólo el padre era el que avalaba su propia intervención en aquélla. El púber, *filius familias*, reconocido jurídicamente, podía formar parte de la magistratura, de los comicios y de la filas militares de la ciudad, teniendo los mismos derechos y obligaciones que su progenitor. No obstante, sólo adquiría personalidad jurídica una vez ocurrido el deceso de este último. Con respecto a esta condición Fraschetti (1996, p.88) agrega: “como si la adolescencia y la juventud fueran edades ficticiamente retardadas con la finalidad de poner de relieve el retraso del sometimiento de los hijos con respecto a los padres detentadores de todos los poderes”.

Finalmente, en los años 193-192 a.C. en el Derecho Romano se promulgó la *lex plaetoria* o *de circumscriptione adulescentium*, la cual establecía una acción penal contra el que hubiese abusado de la inexperiencia de un joven de edad de menos de 25 años en un negocio jurídico u obligación contractual. Este marco legal otorgaba protección a los menores de la edad delimitada y distinguía entre un *púber* menor de 25 años y un ciudadano con mayoría de edad plena. En consecuencia, se instituía un periodo intermedio entre el rito anteriormente mencionado, puberal, y la posibilidad de acceder de modo efectivo a acuerdos jurídicos (Mendoza Berjano, 2008). Posteriormente, diez años luego, se instauraría la *lex Villia annalis* (Pericot García & Ballester Escalas, 1970) que restringía la intervención en los cargos públicos de los jóvenes hasta los 25 años. Como destaca Lutte,

La juventud o la adolescencia hacen pues su aparición histórica como una fase de subordinación, de marginación, de limitación de derechos y de recursos, como incapacidad de actuar como los adultos, como fase de semidependencia entre la infancia y la edad adulta (Lutte, 1991, p.22).

Por otra parte, es interesante la distinción por periodos de edad que realiza Varrón (Blanco Figueroa, 2003; Le Breton, 2014a) en el antiguo mundo romano: la *pueritia* duraba hasta los 15 años, la *adolescencia* transcurría entre los 15 y 30 años, mientras que la *juventud* se refería al periodo entre los 30 y 45 años. Otro autor, Isidoro de Sevilla, en el siglo VII a.C., determinó que la *infancia* abarcaba hasta los 7 años, la *pueritia* de los 7 a los 14, la *adolescencia* (*adulescentia*) de los 14 a los 28 y la *juventud* (*iuventus*) de los 28 a los 50.

Es necesario agregar la división etaria que otros autores (Huerre, Pagan-Reymond & Reymond, 1997/2003) proponen teniendo en cuenta la distinción de género en la Roma Antigua: hasta los 7 años tanto el varoncito como la pequeña niña eran considerados *infans* (pequeño niño, aludía a aquél que no sabía aún hablar en público) y desde esa edad hasta los 17 años eran categorizados como *puer* (niño) y *puella* (niña). A partir de ese momento cronológico los términos se bifurcan en función del sexo. De este modo, podemos observar que a partir de los 17 años y hasta los 30 el varón era denominado *adulescens* (joven) y la joven era llamada *uxor* (esposa), mientras que entre los 30 y 46 años el nombre utilizado era *juvenis* (hombre joven) para el sexo masculino y *matrona* (madre de familia) para la mujer. De los 46 a los 60 años de edad el hombre maduro era definido como *senior*, contrastando con el término *anus* (anciana, bruja, aquélla que no era más capaz de engendrar hijos) para el sexo femenino. Finalmente, luego de los 60 años el hombre era apelado *senex* (anciano) y la mujer *anus* (anciana).

En la Edad Media ni la infancia ni la adolescencia eran reconocidas por las sociedades de la época feudal. El niño estaba indistintamente incluido entre los adultos y colaboraba en los trabajos de su comunidad o del campo (Perinat Maceres, 2003). En Francia, en este periodo, los términos *infans*, *puer*, *adulescens* (muy poco empleado) y *juvenis* eran utilizados para designar a aquéllos que no eran adultos (Arnoult, 2011). En este periodo histórico, las

clasificaciones en categorías de edad son muchas y poco rigurosas. Para Michel Fize (2003) “ello se debe al hecho de que la civilización del Antiguo Régimen casi no percibía las fronteras entre las edades y no conocía verdaderamente la noción de “rito de pasaje” –salvo raras excepciones: el otorgamiento de título de caballero, por ejemplo”⁴ (p.149).

2.2. La historia de la adolescencia como concepto: Rousseau y su influencia en el siglo XIX

La mayoría de los historiadores están de acuerdo en que es en el siglo XIX que surge lo que Thiercé (1999) denomina “modelo adolescente” o “la fórmula adolescente”, y fijan en 1850 el momento en que este término pierde su connotación peyorativa y entra en el lenguaje corriente. Para Claes (1983) la adolescencia nace con la Revolución Industrial y el surgimiento de la familia moderna, considerados condiciones de posibilidad de su surgimiento. Es en este siglo que se retoma la concepción de Rousseau considerado el “inventor” de la noción moderna de la adolescencia y particularmente de la noción de “crisis” de la adolescencia que adquirió una importancia fundamental hasta nuestra actualidad. Rousseau, filósofo francés del siglo XVIII, fue uno de los primeros en referirse a la adolescencia. La considera como un momento de crisis, un “segundo nacimiento” que trae aparejado significativas consecuencias e influjos para la vida posterior (1762/1973). “Tempestuosa revolución”, acompañada por cambios de humor, agitación, modificaciones corporales y morales que son experimentados por el sujeto, la adolescencia es una ruptura, un momento de crisis, en consecuencia, es un peligro, por lo que es necesario amortiguarla extendiéndola en el tiempo para favorecer la influencia de la educación. Si la adolescencia es un peligro, es en la medida que amenaza la identidad sexual del individuo y, por lo tanto, a toda la sociedad (Perrot, 1996).

Precisamente, en 1762 escribe *El Emilio, o De la educación* (Rousseau, 1762/1973), donde analiza la relación entre el hombre y la sociedad, planteando que el primero posee una bondad natural que puede ser corrompida por el

⁴ La traducción es nuestra.

ambiente social en el cual se encuentra. En este extenso tratado se aboca a un recorrido del personaje principal, Emilio, desde su nacimiento hasta su adultez, en una perspectiva evolutiva, dividiendo los capítulos de la obra según las fases o etapas de las edades del protagonista. A la vez expone los preceptos fundamentales de la educación de todo sujeto en cada uno de estos periodos. Perspectiva evolutiva, filosófica y pedagógica se imbrican en el escrito del gran pensador francés.

El siglo XIX, hemos dicho, retoma la concepción de la adolescencia de Rousseau, quien consideraba que la adolescencia comenzaba con la pubertad como hecho fisiológico, y estos dos términos se mantienen asociados aunque no pierden su diferencia. Por el contrario, así como la pubertad resulta un fenómeno reconocido como universal, la adolescencia es relativizada, como una transición que puede activar ciertos desordenes considerados hereditarios. Es una época de transformación física y moral, en la medida en que se considera que el adolescente desarrolla su personalidad. Lo que inquieta en el siglo XIX es fundamentalmente lo que ya había advertido Rousseau: las pasiones y los impulsos sexuales, que deben ser vigilados y regulados por la educación. Progresivamente se amplía la educación escolar obligatoria en los países occidentales y se incluyen en la adolescencia, aunque con retardo, las mujeres y las clases populares (Bourdieu, 1984). Pedagogos y médicos se inquietan por el descubrimiento de la sexualidad en los jóvenes y advierten de la necesidad de vigilancia, buscan tener los adolescentes ocupados con actividades, siguiendo las antiguas recomendaciones de Rousseau.

3. La Psicología de la adolescencia a comienzos del siglo XX

Con el comienzo del siglo XX nacen en Francia y en Estados Unidos abordajes considerados científicos que se proponen desentrañar lo que ocurre de específico en la adolescencia, en muchos casos en estrecha relación con la educación. En Francia se destacan las obras que escribe Mendousse, *L'ame de l'adolescent*⁵, en

⁵ *El alma del adolescente* [la traducción es nuestra].

1909, y *L'ame de l'adolescente*⁶, en 1927. Diez años más tarde, Debesse (1937) en su libro *La crise d'originalité juvenile*⁷ se ocupa de mostrar la búsqueda de originalidad del adolescente y su necesidad de independizarse de los padres. Hace referencia, por otro lado, a los rasgos de la conducta de los adolescentes que tanto preocupan a los adultos, comparando su carácter tumultuoso con una “borrachera espiritual”.

La obra de Stanley Hall (1904), considerado uno de los pilares de la Psicología del desarrollo en Estados Unidos, y que a su vez llega a ser presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana en 1917, es considerada de fundamental importancia en el abordaje de la adolescencia. Para muchos autores ha sido el padre de la “psicología de la adolescencia” y es el primer psicólogo en establecerla como hecho en sí, utilizando métodos científicos (entre ellos, cuestionarios y diarios personales) para su estudio (Muuss, 1969/1988).

Sus tres volúmenes sobre el tema titulado *Adolescence: its Psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*⁸ (1904) parecen anunciar las diferentes disciplinas que se ocuparán de la adolescencia como problema teórico en el curso de finales del siglo XX y principios del XXI. La obra aborda los problemas fisiológicos y patológicos de la denominada adolescencia, ya reconocida en el siglo XIX, condicionado este reconocimiento con la extensión de la educación más allá de la escuela primaria, que además abarcaba diferentes clases sociales. Desde un enfoque psicobiológico e influenciado por las teorías de Darwin y las de la recapitulación (Kett, 1993), la definió como “un periodo de tormenta y estrés” (López Carmona, 2013, p.248) que los jóvenes atraviesan hasta lograr “el equilibrio y la estabilidad emocional del adulto” (Rice, 1997, p.131).

Hall se sitúa en la corriente evolucionista y es fuertemente influido por Rousseau. En la misma línea que en la que se ubica el pensador francés, propone una

⁶ *El alma de la adolescente* [la traducción es nuestra].

⁷ *La crisis de originalidad juvenil* [la traducción es nuestra].

⁸ *Adolescencia: su psicología y su relación con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen y la educación* [la traducción es nuestra].

división del desarrollo humano en cuatro etapas evolutivas: infancia, niñez, juventud y adolescencia. Ésta se define como el periodo entre la pubertad (alrededor de los 12 ó 13 años) a la edad adulta (entre los 22 y 25 años).

Lo fundamental de su concepción se centra en la importancia otorgada a la denominada “crisis” de la adolescencia, vinculada a la concepción de este periodo como una edad tumultuosa, fase universal, necesaria e imposible de evitar (Lozano Vicente, 2014), independiente del ambiente sociocultural. Es en este sentido que Hall caracterizó a la adolescencia como un momento característico de *Sturm und Drang*, o *Storm and Stress*, es decir, “tormenta e ímpetu” (Muuss, 1969/1988) para precisar su carácter brusco y conmovedor. En su libro hace referencia a esta cuestión varias veces, por ejemplo cuando menciona, refiriéndose los jóvenes varones, “all the symptoms of their storm and stress metamorphosis, when they seek everything by turns and nothing long”⁹ (Hall, 1904, p.625).

De este modo, el psicólogo americano adopta el sintagma *Sturm und Drang* de la literatura germana, en la cual éste se concibe como un movimiento literario de fines del siglo XVIII y principios del XIX donde prevalecían la expresión de sentimientos, pasiones y sufrimientos personales, el idealismo, la oposición o reacción a lo viejo y las realizaciones (Muuss, 1969/1988). Hall hallaba similitudes entre las características psicológicas de la adolescencia y lo que el grupo de artistas de esa corriente estética representaba o perseguía. A partir de su planteo de la teoría recapitulacionista, este periodo correspondía, según él, a una época en la que el ser humano estaba en una etapa de transición y turbulencia.

4. La pubertad y la adolescencia en Sigmund Freud

Es común encontrar la advertencia de los autores que se ocupan de estudiar el problema de la adolescencia en Psicoanálisis al destacar que Freud no utiliza el término “adolescencia” sino “pubertad”, para ubicarla en el “entre” esos dos tiempos del desarrollo interrumpido de la libido, es decir, un período de transición

⁹ “todos los síntomas de su metamorfosis de tormenta e ímpetu, cuando buscaban todo alternadamente y nada por mucho tiempo” [la traducción es nuestra].

que puede conducir a la culminación del desarrollo de la libido y a la elección de objeto sexual. Sin embargo, en su texto *Sobre la psicología del colegial* (1914/1991d) Freud expresa “Entre las imagos de una infancia que por lo común ya no se conserva en la memoria, ninguna es más sustantiva para el adolescente y para el varón maduro que la de su padre” (p.249). En el mismo texto, Freud se refiere al “hombre joven”, también a “la segunda mitad de la infancia” y al “colegial” para destacar las transformaciones que se producen en ese momento en que tiene lugar “una “alteración cuyo grandioso significado apenas imaginamos” (p.249) en la apreciación particularmente del padre y de su figura idealizada. También en el capítulo *Las metamorfosis de la pubertad* del texto *Tres ensayos de teoría sexual* (1905/1978), en la nota agregada en 1920, Freud incluye la palabra “adolescente”: “...la llamada “novela familiar”, en la cual el adolescente reacciona frente a la diferencia entre su actitud actual hacia los padres y la que tuvo en la infancia” (Freud, 1905/1978, p.206).

Estas diferentes apariciones del vocablo en la obra de Freud justifica que abordemos el problema de la adolescencia en la teoría freudiana, reconociendo sin embargo el privilegio fundamental que Freud otorga a lo que se desarrolla en los primeros años, las fijaciones de la libido, las primeras elecciones de objeto, que resultarán de tal importancia como para considerar sustitutivos las elecciones posteriores, recibiendo de esta manera el peso de una especie de “herencia afectiva”. Es decir que Freud parece concordar con ciertas lecturas, asociar el despertar sexual de la adolescencia no sólo a una reactualización, sino más aún a una repetición de lo ocurrido en el pasado. Problema de especial interés para el psicoanálisis que conducirá a psicoanalistas de nuestra época a la pregunta por “lo nuevo” que se introduce con la adolescencia y la marca que implica esta novedad en la elección de objeto y en la posición frente al sexo y la existencia.

De importancia fundamental en la precisión de la estructura que condiciona las conductas de los adolescentes es el texto freudiano al que recién hacíamos alusión, *Las metamorfosis de la pubertad* (Freud, 1905/1978). Freud había abordado previamente, en los comienzos de su obra, antes de la fundación propiamente dicha del Psicoanálisis, en la segunda parte de *Proyecto de*

psicología (1895/1976) la importancia de la pubertad como momento de “desencadenamiento sexual” (p.933) que es incluido en su teoría de la seducción, a partir de esta constatación: “Siempre comprobamos que se reprime un recuerdo el cual *posteriormente* llega convertirse en un trauma. El motivo de este estado de cosas radica en el retardo de la pubertad con respecto al restante desarrollo del individuo” (p.940) Una vez establecida la sexualidad infantil, más adelante, no dejará de considerar este mecanismo de reactualización, pero insertado en una sexualidad en dos tiempos, principal condición etiológica del surgimiento de las neurosis. Como lo veremos más adelante, este tema cobrará especial interés para algunos analistas de nuestra época, que hacen de la reactualización de fijaciones y fantasías pregenitales el mecanismo fundamental que opera en la adolescencia y es fuente de conflictos y angustia.

La pubertad es definida en los *Tres ensayos de teoría sexual* como momento específico en el desarrollo de la sexualidad infantil, más precisamente, en el que se producen “metamorfosis” (Freud, 1905/1978, p.189), que conllevan cambios de importancia caracterizados por un desarreglo que conmueve la posición del sujeto como niño. La elección del objeto sexual y la separación de la autoridad de los padres se presentan como nuevos problemas que el joven debe afrontar. Si bien ciertas elecciones están planteadas desde la infancia, es necesario considerar que son reactualizadas desde la pubertad, en un segundo momento del despertar sexual y necesitan dirigirse a un objeto fuera de ámbito familiar. Freud privilegia entonces para abordar la adolescencia un real biológico, la pubertad, y destaca las diferentes respuestas condicionadas por la atracción de los componentes de la sexualidad infantil, por un lado, y por los modelos propuestos por la sociedad, por otro. Estas elecciones son las elecciones de objeto y las de la posición que el sujeto se ve obligado a adoptar en relación al otro sexo (Ruiz Londoño, 2007).

De este modo, en la perspectiva freudiana, la pubertad se inscribe como una discontinuidad en la existencia libidinal del sujeto, en la medida en que debe abandonar vínculos arcaicos incestuosos y enfrentarse con el problema del acceso al otro sexo “en una edad en que por las condiciones de su desarrollo se ven precisados a aflojar sus lazos con la casa paterna y la familia” (Freud,

1910/1991b, p.231). En *El malestar en la cultura* (Freud, 1930/1979) hallamos precisiones interesantes que complementan estos desarrollos, cuando señala que el desprendimiento de la familia llega a ser para todo adolescente una tarea ardua, cuya solución le ha sido facilitada en otras sociedades en las que estaban vigentes los determinados rituales de la pubertad. No obstante, en la sociedad victoriana de la época esta solución no está presente y Freud nos describe la incidencia de la cultura como fundamentalmente restrictiva, condicionando una “defraudación” (Freud, 1930/1979, p.96) de las pulsiones, favoreciendo la formación de un superyó severo.

Este panorama planteaba para Freud serias dificultades en el pasaje de la infancia a la edad adulta, en tanto la sociedad y la educación no brindaban al joven alternativas para transitar este período sin mayores consecuencias, por la intensidad de la represión a la que lo condenaba. Sin embargo, si volvemos a considerar el texto *Sobre la psicología del colegial* (Freud, 1914/1991d), notamos que destacaba la figura del padre y su importancia en la adolescencia y la de los maestros y profesores como sustitutos del padre y responsables de la salida de la adolescencia al mundo. Así, los nuevos ideales y figuras de ideal que ofrecía la educación tenían su punto de apoyo en la función del padre, lo cual también suponía la existencia de un Otro sólido y consistente que ayudaría a la elaboración de las dificultades del tránsito adolescente. Esta cuestión cobrará una importancia significativa en la época contemporánea teniendo en cuenta la coyuntura actual cultural y social de la educación, donde las referencias que podían brindar las autoridades e instituciones se han visto cuestionadas.

Notamos de esta manera que el fundador del Psicoanálisis establecía una importante articulación entre el real pulsional que se hace presente en la pubertad y las transformaciones que exige, con las condiciones que la cultura ofrece en relación a las normas y preceptos que regulan el acceso a la satisfacción en las relaciones entre los sexos. Nos resulta de interés como contexto general para situar nuestro tema tener en cuenta los profundos cambios que se han operado en

este último aspecto, cambios que no pueden dejar de incidir en el atravesamiento de este período de la vida y los síntomas que lo caracterizan¹⁰.

Con respecto a la diferencia de sexos, Freud subraya que ambos sexos comparten la actividad autoerótica de la sexualidad infantil y considera que “esta similitud suprime en la niñez la posibilidad de una diferencia entre los sexos como la que se establece después de la pubertad” (1905/1978, p.200). Después de analizar la significación de los términos “masculino” y “femenino” y su equivalencia en el Psicoanálisis con “activo” y “pasivo” respectivamente, concluye que “...en el caso de los seres humanos no hallamos una virilidad o una feminidad puras en sentido psicológico ni en sentido biológico” (p.200). Privilegia, en cambio, el sentido sociológico para definir la diferencia de sexos, criterio que se basa en “la observación de los individuos masculinos y femeninos existentes en la realidad” (p.200), es decir, la dependencia del lazo social en la inscripción de la diferencia de sexos. La pubertad de la niña, acompañada del avance libidinal, se caracteriza por una nueva ola de represión, según Freud, que recae sobre “un trozo de vida sexual masculina” de épocas pretéritas. Por esta razón termina su análisis de la pubertad femenina señalando:

“En este cambio de la zona erógena rectora, así como en la oleada represiva de la pubertad que (...) elimina la virilidad infantil, residen las principales condiciones de la proclividad de la mujer a la neurosis, en particular a la histeria” (p.202).

El problema de la sexualidad femenina y los términos que presiden su funcionamiento en el curso del desarrollo serán elaborados progresivamente en la obra freudiana, pero especialmente en *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925/1992c) y *Sobre la sexualidad femenina* (1931/1992d), en el contexto de la discusión sobre el tema con algunas analistas mujeres que presentaban otras perspectivas y especialmente discutían la importancia otorgada por Freud a la castración y la envidia del pene en el desarrollo sexual de las mujeres.

¹⁰ Esta problemática la analizaremos más profundamente en el Capítulo de 2 de la Parte I: Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia.

5. Después de Freud

Presentaremos a continuación los desarrollos de algunos autores contemporáneos y posteriores a Freud que han presentado contribuciones sobre la adolescencia en el campo del Psicoanálisis. Todos ellos toman como punto de partida los textos freudianos, pero introducen novedades referidas a la singularidad de los cambios que operan en este período de transición, de acuerdo a la corriente de pensamiento en la que se insertan. Hemos realizado una selección que no pretende ser exhaustiva, pero creemos que ofrece un panorama general del tratamiento teórico que en el curso del siglo XX ha resultado significativo. No incluimos en este apartado la referencia a la enseñanza de Jacques Lacan que resulta importante para abordar el problema de la adolescencia, considerando que lo desarrollaremos en el apartado de estado actual y marco teórico, a fines de elaborar la pregunta por el estatuto de la adolescencia, pregunta que se desprende del interrogante inicial de investigación.

5.1. August Aichhorn: juventud abandonada, Psicoanálisis y Educación

Los aportes de August Aichhorn (1878-1949) son reconocidos en la historia del Psicoanálisis por sus contribuciones a las relaciones entre Psicoanálisis y Educación, intersección que desarrolla en diversos trabajos de los cuales el más conocido es *Juventud abandonada* (1925/2009) en la que consideraba que el principal objeto del Psicoanálisis eran la infancia y la adolescencia, que en la época, según el autor, superaba en importancia a la neurosis. La fuente principal de su elaboración teórica es la experiencia que desde 1918 hasta 1923 llevó a cabo en instituciones en las que trabajaba con jóvenes delincuentes desde una perspectiva pedagógica orientada por el Psicoanálisis. Su trabajo se inscribe en un momento de grandes cambios institucionales que modifican en Austria el abordaje de los problemas de la adolescencia considerada desviada, cambio que implica una fuerte crítica a las medidas represivas y a la educación autoritaria de la época. Los objetivos de tratamiento de pedagogía psicoanalítica se centran en lograr lo que Freud había descartado como aplicación de la cura analítica, por considerar que los actos delictivos se caracterizan por la tendencia a exteriorizar por el acto

los conflictos psíquicos, y esto es lo que impide la instalación de las condiciones de la cura analítica.

Aichhorn (1925/2009) no pretende hacer psicoanálisis con los jóvenes que recibe, sino crear un medio apropiado para ofrecer a los jóvenes las posibilidades de una educación que permita transformar su conducta diferenciada de las condiciones clínicas que distingue el Psicoanálisis, conducta que no identifica con las neurosis, como por ejemplo lo hacía Melanie Klein, sino con una categoría psicopatológica específica, la *Verwahrlostung*, término que en español puede ser traducido como “abandono”. Esta categoría incluye tanto las carencias como la deficiencia de referencias simbólicas que han afectado el desarrollo mental y moral de los jóvenes. El traumatismo está planeado como en el origen de la delincuencia. En esta dirección Aichhorn se inscribe en la perspectiva de su época: los padres son la causa de los sufrimientos y conductas de los niños y jóvenes. Los jóvenes a los que ofrece su asistencia carecen de conciencia crítica y el equivalente psíquico del abandono es la ausencia de referencias internas, “está abandonado a sí mismo”, como lo expresa en “Juventud abandonada” (1925/2009). Concepción que respalda su modalidad de trabajo con los jóvenes, tratando de lograr la consolidación de una transferencia positiva que favorezca la identificación. Plantea de esta manera un pasaje de la idealización del educador, necesaria en los primeros momentos de su relación, a la identificación, es decir, a una interiorización del Ideal del Yo. En otros términos, la función del educador orientado por el Psicoanálisis es reemplazar un Ideal del Yo criminógeno inducido por las figuras parentales. De esta manera privilegia la identificación a la sanción, lo que constituía una gran novedad en el tratamiento de los jóvenes delincuentes. La adolescencia constituye un momento de la vida en la que esta operación le resulta pertinente debido al grado de inacabamiento del sujeto, su maleabilidad, alcanzable por la acción educativa. A diferencia de lo que ocurre con los adultos, la relación transferencial permite compensar, según Aichhorn, las dificultades del desarrollo libidinal precoz: la estructuración de la personalidad, interrumpida precozmente, puede continuar y lograr su estabilización. La contribución de Aichhorn tendrá influencia en los psicoanalistas de la segunda generación,

particularmente en Blos (1979), Anna Freud (1936/1954), Erikson (1950/1966) y Alexander (Alexander & Staub, 1929/1935), en relación con las prácticas terapéuticas con delincuentes y criminales, incluso en las teorías de aquellos autores que han elaborado teorías sobre el desarrollo, como Spitz y Margaret Mahler.

5.2. Anna Freud: Psicología del yo y crisis de la adolescencia

Anna Freud señala la importancia del estudio de la adolescencia expresando que “a diferencia de la psicología académica, hasta el presente el psicoanálisis ha demostrado escasa inclinación a concentrarse en los problemas psicológicos de la pubertad” (1936/1954, p.156). El motivo de ello se debía, según ella, a que la perspectiva psicoanalítica consideraba que el comienzo de la vida sexual no se restringía a la aparición de la pubertad sino que se remontaba a los primeros tiempos de la infancia del individuo. A su vez, delimita, retomando planteos de psicoanalistas contemporáneos, “tres periodos de agitada sexualidad de la vida humana” (Freud, 1936/1954, p.157): la infancia, la pubertad y el climaterio, donde el punto de convergencia se hallaba en la preeminencia, el poderío y la fortaleza del ello junto con la debilidad del yo. La distinción entre estas tres etapas hacía alusión a la posibilidad y potencialidad de transformación del yo, contrastando con la inmutabilidad del ello. A su vez, utilizando un criterio basado en factores cuantitativos y cualitativos, remarca que en la pubertad ambos se combinan: la intensificación de las cargas libidinales de este período conlleva modificaciones del carácter de índole cualitativo. Este aumento de orden cuantitativo se expresa en diversos términos en sus textos: exceso de carga, aumento libidinal transitorio, presión puberal, intensidad y urgencia de las pulsiones, tensión pulsional, oleada de libido genital, entre otros. De este modo dirá (Freud, 1936/1954):

En la adolescencia la actitud del yo hacia el ello estará preferentemente determinada por factores de orden cuantitativo y no cualitativo. El problema planteado no consiste en la satisfacción de tal o cual deseo instintivo aislado, sino en la estructura psíquica global y general durante los periodos de la infancia y la latencia (p.166).

Su hipótesis principal, siguiendo al psicoanálisis de la época, considera que en la pubertad se reactualizan conflictos y tendencias del periodo infantil luego del acallamiento que supone el periodo de latencia. Ahora el juego de fuerzas se plantea entre el ello, el yo, pero también el superyó. Sin embargo, correlativamente con la emergencia de la fuerza del ello y la injerencia de la conciencia moral, la autora subraya la relevancia de la instancia del yo y sus operaciones en la adolescencia: los mecanismos de defensa junto con sus intentos de dominación de las exigencias pulsionales de la pubertad.

Un incremento de las fuerzas pulsionales conlleva la resistencia por parte del yo contra ellas, provocando una agudización de síntomas e inhibiciones, así como una disminución hace al yo más favorable a obtención de satisfacciones. De este modo, Freud (1936/1954) relativiza la determinación que el factor cuantitativo posee con respecto a las consecuencias psíquicas en la pubertad, concluyendo que

(....) el valor absoluto de la fuerza de los instintos durante la pubertad (...) no constituye ningún dato consistente de pronóstico acerca del resultado final del proceso puberal. Los factores que determinan la marcha de la pubertad y su pronóstico son relativos (p.168).

Esta relatividad se entrama en el juego de fuerzas entre la potencia del ello (condicionada por el proceso fisiológico de la pubertad) y la capacidad de tolerancia del yo o su ausencia frente a ellas (dependiente del carácter formado durante el periodo de latencia). El factor cualitativo determinante en este conflicto de fuerzas estará conformado por la acción de los mecanismos defensivos del yo, variables en cada sujeto.

Por otra parte, Anna Freud (1936/1954) describe ciertos rasgos de carácter que suelen encontrarse en los adolescentes. Así como son “egoístas, se consideran el centro del universo y único objeto de interés; sin embargo, nunca como en esta época se revela tanta capacidad de abnegación y de sacrificio” (Freud, 1936/1954, p.155). Al igual que Hall (1904) en su obra, Freud (1936/1954) subraya su estado de ánimo fluctuante, entre la brusquedad y la extrema sensibilidad, entre el

optimismo y el pesimismo, y cómo basculan entre la sumisión ciega a un líder junto con la desobediencia a cualquier autoridad. Esta característica la retomará más tarde en otra de sus obras (Freud, 1969/1984):

Algunos adolescentes colocan en el lugar que dejaron vacío los padres a algún autodesignado líder que pertenece a la misma generación que aquellos. Esta persona puede ser un profesor universitario, un poeta, un filósofo, un político. Quienquiera que sea, se lo considera infalible, semejante a un dios, y se lo sigue ciega y alegremente. Pero en la actualidad esta solución es comparativamente infrecuente. Es más común la otra, en la que se eleva al papel de líder al grupo de pares como tal o a algún miembro de él convirtiéndolo en árbitro indiscutido en todas las cuestiones morales y estéticas (p.22).

La autora señala dos actitudes del yo particulares de este período que se manifiestan frente a la actividad pulsional: el ascetismo y la intelectualización del adolescente. Considera que “con el acceso puberal, el adolescente se transforma en un ser más instintivo (...). Pero a causa del conflicto planteado entre el yo y el ello, asimismo, se hace más moral y ascético” (Freud, 1936/1954, pp.176-177). Freud toma en cuenta esta cuestión, pero a su vez insistió en que esta capacidad intelectual del adolescente no se condecía con su conducta, sino que estaba destinada a contribuir a su posibilidad de fantasear. Nuevamente la autora define a este tipo de rasgo como un intento del yo por dominar las exigencias pulsionales a través del trabajo intelectual.

Más tarde en su obra, volverá a señalar el escaso número de publicaciones sobre el tema de la adolescencia y específicamente sobre la dificultad en el tratamiento psicoanalítico de adolescentes (Freud, 1958). Reconoció el interés de los trabajos de Bernfeld (1919/1996), quien describió una categoría especial de adolescente varones superdotados, con intereses en la creación artística e idealistas, que presentan dificultades similares a los jóvenes delincuentes de Aichhorn. Este psicoanalista caracterizó a algunos adolescentes como atravesando una “pubertad prolongada”, exhibían un deseo insaciable de meditar, estaban preocupados por sutilezas y les interesaba conversar sobre temas abstractos. Entre los problemas que se presentaban en la práctica analítica con adolescentes privilegió la falta de

información sobre esta etapa de la vida a partir del análisis de adultos. La autora coincidió con las dificultades que los analistas presentaban para analizar adolescentes, tanto con respecto al comienzo de la cura, como de su finalización o de su curso. Para Anna Freud estas dificultades debían ser atribuidas a las particularidades estructurales de la personalidad adolescente. Al respecto, comparaba el estado mental de los jóvenes con la que se podía encontrar en los estados de duelo o los fracasos amorosos. Se trataba por lo tanto para A. Freud de una perturbación específica en la economía libidinal que hacía que los pacientes fueran incapaces de transferencia y no lograsen revivir su pasado. Esta indisponibilidad libidinal la constató en las manifestaciones frecuentes de los adolescentes en la situación analítica: reticencia, irregularidad, interrupción brusca de la cura, entre otras.

Planteó tres preguntas preliminares sobre la normalidad, la patología y el pronóstico de la denominada crisis de la adolescencia: en primer lugar, si la perturbación que implicaba era inevitable; en segundo lugar, si se podía establecer un pronóstico a partir del pasado infantil del paciente adolescente, y, por último, cómo establecer la significación de un proceso patológico silencioso, que subyacía a la presentación de un joven aparentemente normal. Concluyó que la crisis de la adolescencia era inevitable, incluso agregó que su ausencia o su retardo excesivo implicaban un pronóstico serio y la indicación de un necesario proceso terapéutico. Esto se basó en su concepción de que la crisis de la adolescencia constituía una suerte de cura espontánea, siempre que no se presentase una fijación a la madre muy intensa o al contrario una carencia maternal o también el impacto patógeno de un personaje paterno desvalorizado. A. Freud se preguntaba cuáles eran las singularidades de esta época de la vida y respondió, como muchos autores, considerando que era el incremento de las pulsiones pregenitales que amenazaban hacerse conscientes y eran reprimidas por intensos mecanismos de defensa correspondientes a todos los niveles del desarrollo de la personalidad, lo que daría cuenta de la variedad de síntomas y de su extrema labilidad en los jóvenes. Las defensas operarían contra las relaciones de objeto infantiles y contra las pulsiones. De acuerdo a su predominancia en cada sujeto, A. Freud llega a

establecer diferentes condiciones clínicas, algunas de ellas caracterizadas por la fuga, ya sea por desplazamiento libidinal, o por una inversión de los afectos de amor y odio, de rebeldía y dependencia. A pesar de que reconocía las dificultades para definir una adolescencia normal, nos ofrece una serie de consideraciones al respecto: la disarmonía psíquica es inherente a la adolescencia, los mecanismos de defensa que ha distinguido son también legítimos y normales considerando el trabajo que el joven debe realizar como intento de solución de una situación de cambio. Como conclusión señaló la importancia de que el adolescente encontrase su propia solución, que en general podía conducirlo a la reestructuración de su personalidad.

5.3. Donald Winnicott: adolescencia, depresión y medio familiar facilitador

Donald Woods Winnicott, pediatra y psicoanalista inglés, define a la adolescencia como una fase del desarrollo emocional del individuo “que debe vivirse, una época de descubrimiento personal” (1965/2006, pp.114-115). Entendida como un proceso natural, signo de buena salud (Colbeaux, 2010; Golse & Braconnier, 2012), el autor considera que no debía intentarse remediarla sino que sólo la actuación conjunta del transcurso del tiempo y los factores generales de maduración posibilitarían que el sujeto llegase a ser una persona adulta (Winnicott, 1965/2006, 1971/1997).

Para Winnicott (1971/1997) la inmadurez constituye un elemento fundamental de la salud en la adolescencia. La falta de responsabilidad así como la ausencia de madurez son características propias del joven que durarán un tiempo, finito y limitado, y a las que el mismo deberá renunciar para convertirse en adulto y acceder a un lugar en el mundo social. El autor acentúa los rasgos de creatividad y novedad de la adolescencia en miras de la futura condición de adulto.

Retomando los lineamientos de Freud (1905/1978) y de psicoanalistas de su época, menciona que durante esta fase los adolescentes están dedicados a la tarea de afrontar sus cambios personales inherentes a la pubertad. Cada uno de ellos llega al desarrollo de su capacidad sexual y a las manifestaciones sexuales secundarias con una historia personal, que incluye un patrón personal en la

organización de las defensas contra diversos tipos de ansiedad (Winnicott, 1971/1997).

De este modo, Winnicott se pregunta (1965/2006)

¿Cómo reaccionará esta organización yoica frente al nuevo avance del ello?
¿Qué posición ocuparán los cambios de la pubertad dentro del patrón específico de la personalidad de cada adolescente? ¿Cómo manejará cada adolescente esa nueva capacidad para destruir e incluso matar, un poder que no complicaba los sentimientos de odio en la temprana infancia? Es algo así como poner vino nuevo en odres viejos (p.116)¹¹.

Esta pregunta se bifurca en dos cuestiones: por un lado, la emergencia de la oleada pulsional en la pubertad y, por el otro, el estatuto de la fantasía inconsciente de asesinato del padre que Winnicott señala.

Con respecto a la metamorfosis, transformación o “muda” que implica el proceso adolescente en los dos sexos será determinante la modalidad de respuesta que demuestre el yo frente al nuevo empuje pulsional. En este sentido la adolescencia como trabajo de identificación, trabajo psíquico, es una exigencia donde el sujeto confronta el ideal a lo real del cuerpo. El adolescente se manifiesta maduro biológicamente mucho antes de serlo psíquicamente (Colbeaux, 2010). De este modo, la desorientación en la elección del objeto sexual y la incertidumbre referente a la aparición del deseo sexual suelen presentarse en las primeras experiencias sexuales de los jóvenes, donde la actividad masturbatoria suele cobrar un papel relevante (Winnicott, 1965/2006).

Esta problemática referida al empuje libidinal cobra relevancia para el psicoanalista inglés, aunque él insistirá también en la importancia que para él poseen los cambios sociales, especialmente los que atravesaba en su época, como la posibilidad de la población adolescente de experimentar la sexualidad sin riesgos por el control de las enfermedades de transmisión sexual, la aparición de

¹¹ La traducción es nuestra.

los métodos anticonceptivos y las consecuencias de la bomba atómica (Colbeaux, 2010; Vanier, 2001; Winnicott, 1965/2006).

Por otro lado, Winnicott (1971/1997) sostiene que las fantasías infantiles, cuyo contenido es de muerte, son sustituidas en este momento por las de asesinato a partir de considerar que el crecimiento como tal supone ocupar el lugar del padre. En el abordaje terapéutico del adolescente el autor destaca la aparición de la muerte y el triunfo personal como intrínseco al propio proceso de maduración y de la posibilidad de adquirir la categoría de adulto, problemática que implica dificultades para las figuras parentales y los educadores. “Si se quiere que el niño llegue a adulto, ese paso se logrará por sobre el cadáver de un adulto”, nos dice Winnicott en *Realidad y juego* (1971/1997, p.187), precisando el estatuto de fantasía inconsciente de esa idea de muerte. Esto puede traducirse, para algunos autores, como un modo de confrontación generacional (Kancyper, 1997; Klein, 2014), donde el padre vivo, responsable, no debe abdicar ni sucumbir al ataque o agresividad del adolescente (Klein, 2014). De este modo, a pesar de subrayar la relevancia de la libertad otorgada por los padres al joven, Winnicott (1971/1997) destaca que ellos en este momento no deben relegar la responsabilidad ni dimitir frente al desafío adolescente.

En consecuencia, el psicoanalista inglés le da un papel fundamental a la injerencia que posee el medio o ambiente (y lo que él denomina sus “fallas” posibles) en el cual se halla el adolescente, sobre todo el de la familia (Winnicott, 1965/2006). Precisa que en muchas consultas en las que se solicita la intervención del psicoanalista se trata de problemas surgidos de dificultades en el medio y marco familiar del paciente adolescente. La familia para Winnicott (1971/1997) tiene un papel esencial respecto a las necesidades del adolescente. En este aspecto el contexto adecuado del individuo para el logro y transcurso del proceso de la adolescencia es definido por el autor como ambiente facilitador, el cual debe cumplir con la condición de ser suficientemente bueno. Este concepto se complementa con otro que debemos tener en cuenta para pensar la adolescencia: la dependencia individual. En un recorrido que iría desde la dependencia casi total hacia la independencia pasando por la dependencia relativa, el individuo logra, en

su madurez, experimentar la libertad y la autonomía (nunca totalmente absoluta) “tanto como haga falta para la felicidad y para el sentimiento de posesión de una identidad personal” (Winnicott, 1971/1997, p.180). Precisamente, el adolescente, alejándose de la infancia y emprendiendo el camino hacia su futura condición de adulto, expresa una “brusca alternancia entre una independencia desafiante y una dependencia regresiva” (Winnicott, 1965/2006, p.117).

El autor insiste en varias de sus obras en esta búsqueda por parte del adolescente de una identidad personal junto con la de una solución o respuesta a incógnitas universales que se patentizan en este periodo de la vida. Muchas veces se intenta lograrlas por medio de referencias sostenidas en las figuras parentales o del desplazamiento de las inquietudes en torno a lo sexual o lo corporal hacia actividades físicas o intelectuales del orden de altas performances.

Sin embargo, generalmente los adolescentes suelen rechazar estos recursos, lo cual el psicoanalista inglés conceptualizó como la “inaceptabilidad de la solución falsa” (1965/2006, p.121). En ese sentido, deben atravesar por un momento intermedio en el que prima la sensación de inutilidad y de incertidumbre respecto a características de su propia existencia. En consecuencia, cada individuo inicia este proceso desde el punto de partida, más allá de lo que pueda transmitirle la historia de su cultura. Reafirma de este modo (Winnicott, 1965/2006):

Vemos que los adolescentes se esfuerzan por empezar de nuevo como si no pudieran tomar nada de nadie. Se los ve formando grupos sobre la base de uniformidades secundarias o de algún tipo de lealtad grupal relacionada con la edad y con el lugar en que viven. Se ve a los jóvenes buscar una forma de identificación que los sostenga en su lucha, la lucha por sentirse reales, por establecer una identidad personal, por no asumir un rol asignado, y para vivir y experimentar todo lo que sea necesario. No saben en qué han de convertirse, ni qué son; están a la espera. Puesto que todo está en suspenso, se sienten irreales, y eso los mueve a hacer ciertas cosas que para ellos son reales y que de hecho, son evidente y lamentablemente reales en la medida en que representan un ataque para la sociedad (p.122).

En consonancia con esta afirmación destaca la emergencia inevitable de un rasgo dentro del proceso natural de la fase de la adolescencia: el abatimiento adolescente. Justamente este término será utilizado en el capítulo 10 del libro *La familia y el desarrollo del individuo* (1965/2006) dedicado a la adolescencia, titulado *Adolescence: struggling through the doldrums*¹². Frente a este sentimiento experimentado por el joven, es preciso que el conjunto social lo tolere, respondiendo activamente al mismo pero sin intentar curarlo.

Junto con estos planteos que el autor extrae de su clínica con jóvenes, esgrime que el adolescente es un ser o individuo aislado, aislamiento a partir del cual puede iniciarse un proceso que conduzca al establecimiento de relaciones con los otros y a la socialización (Winnicott, 1965/2006). La conformación de grupos es posible gracias a que los adolescentes intentan conformar una unidad a partir de adoptar intereses o gustos idénticos. Sin embargo, aclara, esta configuración es endeble, prevaleciendo la tendencia al aislamiento por parte del joven.

Winnicott (1965/2006) en este sentido toma en consideración la importancia del grupo que el adolescente encuentra para identificarse. La dinámica del mismo debe contener determinados elementos de la lucha adolescente: los robos, las navajas, las violencias y los estallidos, enumera. A su vez subraya la injerencia que tiene uno de sus miembros, denominado “extremo” a la vez que “antisocial”, que puede funcionar como representante del resto (Colbeaux, 2010). Considera que cada uno de los jóvenes del grupo hace uso de este tipo de miembros para poder sentirse real, en su lucha por lograr sobrevivir a este momento crucial de la vida.

Por otra parte, enumera determinados tipos de necesidades adolescentes, detalladas más abajo. Es interesante observar que el autor relaciona “Lo que se manifiesta en el adolescente normal (...) con lo que observamos en diversos tipos de personas enfermas”¹³ (1965/2006, p.123). De este modo, a cada una de estas necesidades, que se hallan en el marco de la salud por presentarse como rasgos

¹² *Adolescencia: luchando contra el abatimiento* [la traducción es nuestra].

¹³ La traducción es nuestra.

del periodo adolescente normal, le corresponden patrones patológicos o síntomas en determinadas afecciones psíquicas:

La *necesidad de evitar soluciones falsas* corresponde a la incapacidad del paciente psicótico para aceptar una fórmula de transacción; ambivalencia psiconeurótica y a la actitud engañosa y autoengañosa de las personas sanas.

La *necesidad de sentirse reales o de no sentir en absoluto* está asociada a la depresión psicótica con despersonalización.

La *necesidad de desafiar* corresponde a la tendencia antisocial que aparece en la delincuencia (p.123)¹⁴.

Precisamente, el autor pone el acento en las dificultades que implica este periodo y el desafío que conlleva con respecto a las normas establecidas de lo social. Aconseja, por parte de los adultos, como ya lo mencionábamos antes, el tomar la posición de enfrentar y responder a ese desafío, sin intentar “curarlo” o imponerles soluciones falsas. En este aspecto supone que el rol de las figuras paternas es indispensable para posibilitar que los adolescentes vivan y testimonien su vitalidad (Golse & Braconnier, 2012).

La adolescencia, insiste Winnicott (1965/2006, 1971/1997), es una cuestión de tiempo, una fase que el adolescente debe transitar, y de la cual podrá salir, en su momento, para luego lograr identificarse con los padres, la sociedad y grupos más amplios, sin que ya esté en juego la sensación de amenaza de la propia muerte.

Una problemática que debemos mencionar y que más adelante retomaremos, es cómo Winnicott piensa la adolescencia y su vinculación con lo que él llama conducta antisocial y la delincuencia. El psicoanalista inglés considera “un tipo de enfermedad que sería inadmisible omitir en una formulación sobre la adolescencia: me refiero a la delincuencia” (1965/2006, p.124). Precisamente, aunque insiste en que pueden establecerse vínculos estrechos entre los problemas normales que experimenta el adolescente y la anormalidad llamada tendencia antisocial, lo que las distingue se fundamenta en la etiología y dinámica de cada una. Mientras que

¹⁴ La traducción es nuestra.

la segunda tiene su origen en la privación (la ausencia de alguna de las figuras parentales), circunstancia en la que las defensas del sujeto se ven sometidas a un excesivo esfuerzo; la adolescencia, al producirse de un modo menos intenso y más difuso, no implica el mismo tipo de esfuerzo.

5.4. Erik Erikson: Psicología del Yo y crisis de identidad en la adolescencia

En el marco de la Psicología del Yo, Erik Homberger Erikson dedica parte de su obra a la descripción y análisis de este periodo de la vida. A pesar de haber nacido en Alemania, desarrolló su obra en los EEUU. Influenciado por la línea teórica y clínica que había delimitado Anna Freud así como por intereses vinculados a las ciencias sociales, tales como la Historia, la Sociología y Antropología, propuso una lectura de la adolescencia con aportes novedosos para la época. Entre ellos, nos dedicaremos a analizar el concepto de identidad del yo y la crisis de la misma en este periodo de la vida.

Erikson (1956/1963) define a la adolescencia como un proceso, un período de moratoria psicosexual con respecto a la intimidad y psicosocial para la paternidad. Individuo y sociedad deben, en este momento, realizar una ardua tarea, con la final consolidación, a partir de la institución de lo social, de una identidad interna. Notamos de este modo cómo Erikson plantea la relevancia en esta etapa de un concepto que también será retomado por otros autores contemporáneos del psicoanálisis: el de identidad. Este término casi no fue utilizado por Sigmund Freud, al menos no en el sentido que le da el psicólogo norteamericano. No siendo un concepto estrictamente “psicoanalítico”, el propio autor admite sus vinculaciones con otras disciplinas, ligadas a lo social. En el binomio individuo-sociedad planteado por Erikson, la noción de identidad quedaría del lado del sujeto, el cual en su vínculo con el medio externo desarrolla las características de su personalidad.

Según este autor, el ser humano atraviesa por diferentes fases o etapas, momentos críticos donde se plasman las metas, las dificultades, los logros y las frustraciones con sus afectos y eventualmente sus síntomas correspondientes (Erikson, 1950/1966). La pubertad y la adolescencia se incluyen en la quinta edad

llamada *identidad versus confusión (o difusión) de rol* (Erikson, 1950/1966), la cual abarca desde los 13 hasta los 21 años o entre los 12 y 20 años (Bordignon, 2005). En esta etapa se cuestionan los elementos de confianza del individuo que tenía hasta entonces en razón de las rápidas modificaciones corporales y la maduración genital. El adolescente buscará un “nuevo sentimiento de continuidad y mismidad” (Erikson, 1950/1966, p.235) en la coyuntura de una “revolución fisiológica” interna y de una exigencia social del cumplimiento de tareas posibles que aguardan ser realizadas. De este modo, empieza a surgir la importancia dada a la mirada del otro con respecto a sí mismo y la necesidad de encontrar una relación entre los roles a desarrollar y las aptitudes cultivadas previamente. Aquí se consolida lo que Erikson (1950/1966) llama la identidad yoica o identidad del yo, la cual supera el simple conglomerado de las identificaciones infantiles. Este sintagma hace referencia a la experiencia que el sujeto ha acumulado para poder integrar todas las identificaciones pretéritas con las vicisitudes libidinales, lo congénito inherente al individuo y las oportunidades posibilitadas en los roles sociales. Así precisa:

El sentimiento de identidad yoica (...) es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentran su equivalente en la mismidad y la continuidad del significado que uno tiene para los demás, tal como se evidencia en la promesa tangible de una “carrera” (p.235).

Precisamente, el autor plantea que los problemas de identidad en los adolescentes, al menos en los Estados Unidos, han cobrado un alto nivel de injerencia, homologando este tipo de conflictos con “los problemas sexuales” de la época de Freud (Erikson, 1972). Menciona que la adolescencia es la etapa de una definida crisis de identidad donde esta última debe lograr una integración como acuerdo psicosocial relativamente libre de conflictos (Erikson, 1956/1963) o permanecerá plagada de conflictos, con las dificultades para el futuro desarrollo del individuo.

El peligro que acompaña esta fase es la confusión o difusión de rol, en dos diversos planos, el sexual y el ocupacional. Esta cuestión se halla en consonancia con el planteo, por parte de Erikson, de tomar en consideración la sexualidad y el factor social y sus relaciones con el individuo. Así, por un lado, la confusión puede

estar referida a dudas profundas en la propia identidad sexual. Esta problemática suele expresarse en episodios de delincuencia juvenil y de descompensación psicótica. En otras de sus obras retoma la significación que puede conllevar esta cuestión, como nos insiste en su libro *Juventud, identidad y crisis* (Erikson, 1968/1974):

En los casos en que este dilema se basa en una fuerte duda previa con respecto a la propia identidad tanto étnica como sexual, o cuando la confusión de roles se une a una desesperanza que data de largo tiempo atrás, no son raros los episodios psicóticos delincuentes y “fronterizos”. El joven, aturdido por la incapacidad para asumir un rol al que lo ha forzado la inexorable estandarización de la adolescencia contemporánea, se evade de diferentes maneras: dejando de asistir a la escuela, abandonando el empleo, pasando las noches fuera de su casa o aislándose en actitudes caprichosas e incomprensibles (pp.107-108).

Por otro lado, también la perturbación puede referirse a la identidad vocacional u ocupacional, buscando en ocasiones el adolescente sobreidentificarse con determinados ídolos o con multitudes, a veces hasta perder su propia identidad (Erikson, 1950/1966, 1968/1974). Alcanzado este punto, el joven no suele identificarse con sus padres sino que se rebela contra su dominación e intrusión. El intento del adolescente de separar su identidad de la de las figuras parentales se acompaña por una búsqueda incesante de pertenencia social a un grupo (Muuss, 1969/1988).

Erikson (1950/1966) a su vez describe la intolerancia de los jóvenes hacia aquéllos que son distintos a ellos (por intereses, gustos, vestimenta, color de piel u origen cultural), entendiéndola como una defensa contra una confusión en el sentimiento de identidad. Destaca así que en la misma línea se halla entre los adolescentes el ponerse a prueba la capacidad para la fidelidad (Erikson, 1950/1966, 1968/1974).

El psicólogo norteamericano nos habla de que “la mente adolescente es una mente del moratorium, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez, y entre la moral aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto” (1950/1966, p.236). En este sentido, la ideología cobra un valor preponderante en

la adolescencia, entendida como institución social que vela por la conservación de la identidad (Erikson, 1968/1974). Al mismo tiempo, agrega que la formación de la identidad presenta un aspecto negativo que él denomina identidad negativa (Erikson, 1972). Definida como el agregado de las identificaciones y fragmentos de identidad que el sujeto debió interiorizar como irreconciliables o por medio de los cuales se experimenta la sensación de ser diferente al resto de los individuos de la sociedad. Estos elementos, en un momento de crisis, será difícil que se mantengan cohesionados y contenidos en una identidad positiva, donde puede irrumpir una ira específica en el momento en que “el desarrollo de la identidad pierda la perspectiva de una identidad tradicionalmente garantizada: así, un delincuente aún no comprometido puede volverse un criminal” (Erikson, 1972, p.14).

Esto nos conduce a revisar el concepto de la crisis de la identidad. Ésta es, para el psicólogo americano, psicosocial, donde el componente psicológico hace referencia a varios aspectos. Es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente; es un sentido de continuidad e igualdad personal; está implicada intrínsecamente por la dinámica del conflicto; y posee su propio periodo evolutivo, antes del cual no existiría la posibilidad de la emergencia de una crisis

ya que las precondiciones somáticas, cognoscitivas y sociales no están aún dadas; y más allá del cual no debe rezagarse, debido a que todos los desarrollos inmediatos futuros dependen de él. Este período del desarrollo es, por supuesto, la *adolescencia* y *juventud*, lo que también significa que la crisis de identidad depende parcialmente de factores *psicobiológicos*, que aseguran la base somática a un sentido coherente de mismidad vital de un organismo (p.12).

Con respecto a su extensión, nos indica, abarca tanto al pasado como al futuro. Hunde sus raíces en el momento infantil y depende de las etapas subsiguientes en la evolución para poder preservarse y renovarse.

El aspecto social se vincula estrechamente con la dimensión comunitaria que el individuo logra establecer y donde cada yo debe poder hallarse a sí mismo. En interacción con su medio circundante, apoyándose primero en los modelos parentales y luego en los comunitarios, la integración de la identidad o las

dificultades en el logro de ella dependen de la coherencia externa del mundo y su ideología y de la propia relación con ella.

5.5. Françoise Dolto: la adolescencia, una segunda vida imaginaria y el papel privilegiado de la dimensión social

Françoise Dolto, pediatra y psicoanalista francesa, profundizó acerca de la adolescencia y sus problemáticas. La define como una fase de mutación, un estado sin límites precisos más que los que las referencias de los adultos pueden otorgarles a los más jóvenes (1988/1990). Edad frágil, pero momento que en que los sujetos son más permeables a los efectos positivos hechos sobre ellos.

En vez de plantear a la pubertad como el punto culminante, la “cresta”, de esta crítica transición, Dolto considera que el momento más difícil para el adolescente es el de la preparación de la primera experiencia amorosa. Este encuentro inaugural con el otro sexo y con el amor es, según ella, experimentado como el final de la etapa infantil, la muerte de una época. Y agrega: “Y este final que os arrastra y aniquila como cuando os dais en el amor, constituye el verdadero peligro de dicha cresta, punto de paso obligado para inaugurar su dimensión de ciudadano responsable, y acto irreversible” (Dolto, 1988/1990, pp.16-17).

Dolto considera un elemento fundamental que determina el abandono de la niñez y el pasaje a la adolescencia: la posibilidad de distinguir la vida imaginaria, el sueño, de la realidad y las relaciones reales. Luego del atravesamiento por el Complejo de Edipo y del periodo de latencia, a partir de los once años aproximadamente, comienzan a manifestarse los primeros signos de una sexualidad que presenta un importante componente imaginario, previo a la preeminencia real biológica corporal. El acontecimiento fisiológico (la menarca y los períodos menstruales inaugurales en las muchachas y las primeras emisiones involuntarias en el varón) es antecedido y preparado por “una especie de fiebre psíquica de amor imaginario por modelos que actualmente se conocen como ídolos de masa, y que han sucedido a los héroes de ayer” (Dolto, 1988/1990, p.18). De este modo, héroes e ídolos se establecen como sus compañeros en el juego de papeles donde lo imaginario sustituye a la realidad.

Previa a la irrupción de la pubertad, ya se prepara en el niño una segunda vida imaginaria, donde los modelos de los que el sujeto hará uso excederán los del mundo parental y familiar que funcionaron como referentes previamente. En ese momento lo social cobrará el papel privilegiado, las referencias exteriores y el triunfo a nivel de lo social serán considerados como fundamentales. El grupo de pares, compañeros del club, escuela o barrio tendrán también en este momento un lugar importante en la vida del prepúber. Dolto (1988/1990), otorga una gran importancia al mundo imaginario del joven a la vez que al de su grupo social, agregando

Esto es lo que ocurre antes de la eclosión de la pubertad en un umbral de lo imaginario más allá de la familia, en el mundo exterior. Cuando llega a la adolescencia es cuando este mundo imaginario exterior le provocará, le hará decir que quiere salir. Quiere ir a medir (...) esta discriminación que ha hecho entre lo imaginario y la realidad, penetrando en esos grupos sobre los que ha imaginado muchas irrealidades pero que, al mismo tiempo, existen, puesto que habla de ellos. Es atraído por pequeñas bandas de jóvenes mayores que él y en las que pretende integrarse. Y entrará así en su adolescencia saliendo de la familia y mezclándose con grupos constituidos que, para él, tendrán momentáneamente un papel de sostén extrafamiliar (p.19).

La psicoanalista francesa destaca que para que el adolescente pueda consolidar una propia autonomía confirmada debe poder contar con “modelos de relevo” en el momento de abandono de los familiares pretéritos.

Sin embargo, toma una posición con respecto a la influencia de lo social en este periodo de la vida, preguntándose previamente cuáles son los límites que los profesionales que se ocupan del tema deben señalar para hablar de un punto final de la adolescencia. Desestima los criterios neurobiológicos (que hacen hincapié en el desarrollo del sistema nervioso), los judiciales y legales (donde la mayoría de edad funciona como línea divisoria de la responsabilidad penal y civil) y los educativos (centrados en la escolaridad obligatoria). Señala la influencia que poseen en el joven los factores sociales y ponen en jaque la finalización de este periodo. Mientras que la emancipación y la independencia son las propuestas

abogadas desde el ámbito de lo social, estas cuestiones se ven contradichas por los fenómenos que se observan en la época: permanencia prolongada en los hogares, casamiento más tardío y experiencias amorosas sin las mismas restricciones que antaño. Entre la emancipación anticipada y la prolongación de la adolescencia surge la perplejidad de los padres, desorientados en relación a cuál es la frontera divisoria definida del punto terminal de este periodo. Dolto (1988/1990) considera los puntos de referencia para pensar en la delimitación de una frontera nítida de la salida de respecto a la angustia parental:

Un individuo joven sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres no le produce ningún efecto inhibitor (...). Sus hijos han alcanzado el estado adulto cuando son capaces de liberarse de la influencia paterna tras alcanzar este nivel de juicio: "Mis padres son como son; nos los cambiaría y no trataría de cambiarlos. No me toman como soy; peor para ellos: los abandono" (p.21).

Por el otro, agrega que la independencia económica, la potencialidad de aprendizaje y de creación que posibiliten la inserción en el mundo social, pueden ser considerados criterios para constatar la plasmación clara del paso a la edad adulta (Dolto, 1988/1990; Obiols & Di Segni de Obiols, 1993).

Insiste en que en países como Francia, a diferencia de Estados Unidos, los jóvenes no logran afirmarse a través de la obtención de un salario mientras continúan en la escuela o colegio. Para Dolto esta posibilidad resulta fundamental en esta edad (de los 11 a 13 años), el poder liberarse de la tutela económica y tener acceso a la propia expansión personal. Y concluye que "Los escolarizados se han convertido en una clase a fuerza de ser considerados como no aptos para entrar en la sociedad" (Dolto, 1988/1990, p.23).

5.6. Psicoanálisis francés contemporáneo: estado y proceso adolescente en el marco del narcisismo y las relaciones de objeto

Jeammet, psiquiatra y psicoanalista francés contemporáneo, plantea una relación muy importante entre la adolescencia y los problemas vinculados a la identidad. En esta dirección, considera que la adolescencia es "una referencia, una puesta a punto, un interrogatorio de la solidez de la bases de la identidad del niño"

(Jeammet, 1995, p.161). Ella pone en jaque todos “los puntos de apoyo que aseguran los fundamentos de la autonomía del sujeto: sus apoyos narcisistas, fundamento de su sentimiento de seguridad, y sus estructuras internas que extraen su eficacia de su carácter diferenciado” (Jeammet, 2002, p.77). Recordemos que este autor sostiene que uno de los fundamentos de la experiencia de identidad es el sentimiento de continuidad. Precisamente, en el momento de la adolescencia la identidad se ve cuestionada a partir de un conflicto de las identificaciones. Afirma de este modo que lo característico de ella es “unir a uno mismo con otro, existiendo un conflicto recíproco entre la problemática de la identidad y la problemática de las identificaciones” (Jeammet, 1995, p.162).

Al mismo tiempo, para este autor la adolescencia exige la autonomía, planteándose una paradoja que Jeammet subraya: la búsqueda del adolescente de tomar distancia con sus objetos de apego previos, la necesidad de diferenciación, por un lado, y, por el otro, la necesidad de nutrirse de los demás, sostenida en la tesis de que “para ser uno mismo hay que alimentarse de los demás” (1995, p.163). Para Jeammet (1995, 2002) en la adolescencia se reactualizan problemáticas con respecto a la integración narcisística y la amenaza de la misma por lo cual esta contradicción que opone ambas necesidades se reactiva específicamente en la adolescencia. En consecuencia, propone esta cuestión como elemento central en este momento de la vida, acompañado a su vez por el efecto de la pubertad (1995).

El autor (1994) plantea que es posible encontrar constantes de lo que denomina “el estado adolescente”, constantes que se sitúan más allá de la estructura individual y de la organización social. Constantes que para Jeammet se refieren a “la permanencia de los cambios que afectan al funcionamiento psíquico de los adolescentes” (p. 724). Estos cambios se encuentran motivados por la importancia otorgada al incremento pulsional que exige un trabajo psíquico especial, de allí que el autor subraye el peso de lo somático en la pubertad como determinante de los cambios, no sin agregar la operatividad del *après coup*, o sea el efecto retroactivo que manifiesta sus efectos en la vacilación y conmoción de la imagen de sí mismo que había construido el niño y que aguarda un nuevo estatuto cultural

y simbólico. Esto promueve una desestabilización y torna al adolescente más vulnerable a lo imprevisible de lo que considera “una coyuntura”, la pubertad, conduciendo al joven a modificar la distancia afectiva con las figuras más cercanas. En la medida en que el autor se centra en la perspectiva de la constitución del yo, destaca los riesgos que surgen en el equilibrio narcisístico conjuntamente con la estabilidad de las identificaciones, riesgo condicionado por la dependencia de sus relaciones interpersonales (Jeammet, 1995, 2002).

¿Cuál es la naturaleza de esos cambios, es decir, que es lo que configura lo específico del estado adolescente? se pregunta Jeammet (1994). Destaca que este problema ha aparecido tardíamente en el campo del Psicoanálisis, en la medida en que hasta los años 70 la infancia tenía todo el privilegio en los escritos psicoanalíticos. Se estudiaba entonces la importancia de las experiencias traumáticas de la infancia y el modo en que repercuten en el período de la pubertad por efecto del *après-coup*. A partir de los años 70 la adolescencia comienza a ser estudiada en su especificidad, y sugiere en esta dirección la conveniencia de no analizarla asimilando su proceso normal con la patología, como si fuera lo único que permitiera caracterizarla.

Como síntesis de los trabajos del campo psicoanalítico Jeammet diferencia tres posiciones en la concepción de la naturaleza de los cambios que se producen. En esta perspectiva, en primer lugar, subraya fundamentalmente la importancia de la operación del *après coup*, recién mencionado, basado en el modelo del caso Emma de Freud (1895/1976) y la efectividad del trauma sexual de los primeros años de la vida, así como del complejo de Edipo y todo aquello que fue reprimido en el período de latencia, aspecto regresivo que considera fundamental y que condiciona los cambios que se producen en las manifestaciones críticas de la respuesta adolescente. Jeammet destaca que a partir de los años 60 gran parte de los analistas han relativizado el peso de la infancia en la pubertad, buscando lo que la coyuntura aporta como específico. En segundo lugar, agrupa otro conjunto de concepciones de la adolescencia en la línea de A. Freud, quien hace del duelo el parámetro esencial del proceso adolescente y, por último, los trabajos que coinciden en lo que entienden como “una transformación estructural de la

personalidad”, que se produce en la adolescencia. Esta posición es la del autor, que sin dejar completamente de lado los aportes de los trabajos mencionados, destaca que el elemento pivote de los cambios que se producen en la adolescencia está centrado en el cuerpo, entendido como organismo y en las consecuencias de estos cambios, sobre todo a nivel de las identificaciones. Es su modificación bajo el efecto de las mutaciones hormonales de la pubertad lo que introduce los cambios de la adolescencia. La pubertad es así una coyuntura fundamental, pero, agrega el autor, la adolescencia no debería confundirse con estas transformaciones, sino entender que lo que cuenta en primer lugar se inscribe en la problemática identificatoria que plantea la diferencia de sexos, lo imaginario de la apariencia corporal, y los problemas de filiación. Todos estos aspectos forman parte de la estructura de la personalidad en formación.

Por otro lado, le resulta de interés destacar los cambios recientes en la expresión de la psicopatología de la adolescencia que se producen por la influencia de los cambios culturales, los cuales adquieren un valor definido en la medida en que son convocados como modos de otorgar estabilidad a las vacilaciones de la identidad propias de esta época de la vida. Señala al respecto la importancia de los trabajos de E. Erikson (1968/1974) cuando desarrolló la doble vertiente de las identificaciones heroicas en la adolescencia, idealista o destructiva. En síntesis, para Jeammet (1994, 1995, 2002) el cambio específico que opera en la adolescencia es la articulación entre estas dos exigencias que son la integración de un cuerpo genitalmente maduro y el acceso posible a una autonomía, que incluye la separación de los objetos parentales.

Por otra parte, Marty (2006) también ha abordado la problemática adolescente. Después de hacer una breve historia del concepto mismo de adolescencia desde la Antigüedad hasta nuestros días, el autor presenta los desarrollos actuales de un sector de los psicoanalistas franceses cuya perspectiva comparte, acerca de las novedades que aportan al concepto. La noción de “crisis” de la adolescencia, cuestionada desde otras disciplinas, es reformulada en términos de “proceso”, que no tiene especificidad en relación a la edad cronológica, pero que como proceso participa en el desarrollo del hombre. Encuentra que lo original de este proceso se

encuentra en “la reviviscencia de las experiencias edípicas que se manifiestan en la pubertad en la forma de un Edipo puberal” (p.255). Esta perspectiva, según el autor, se encuentra en diferentes autores a lo largo de finales del siglo XX y a comienzos del XXI, desde Blos hasta Kestenberg. ¿Qué es lo que cambia con este nuevo abordaje, centrado en la noción de “proceso”? Para el autor, la noción de “crisis” se vincula con una reacción a factores externos, tales como Erikson evocaba el conflicto de generaciones, mientras que referirse a la adolescencia como un proceso, cambia el sentido en términos de enfatizar “un trabajo interno, esencialmente fundado en el duelo de los objetos infantiles y la elaboración psíquica de los cambios somáticos vinculados a la pubertad” (pp.255-256).

Marty (2006) parece también responder a los sociólogos que han caracterizado a la adolescencia como “clase de edad” y la categorizan como un fenómeno social. Al respecto destaca:

la adolescencia no es por lo tanto únicamente un fenómeno social, llega a ser, con el Psicoanálisis, una parte determinante de la evolución del hombre hacia su destino de sujeto... diríamos que participa, siguiendo a Cahn, de manera esencial en el proceso de subjetivación (p.256).

Este proceso resulta de la inscripción del adolescente en una perspectiva de filiación y parentalidad, como un paso necesario, según el autor, para lograr la dimensión constitutiva de la subjetividad. La noción de subjetividad se encuentra referida fundamentalmente al yo (moi), en la medida en que se trata de adquirir “la capacidad de pensarse como sujeto de su historia y por primera vez proyectarse como madre o padre potencial” (p.256). Al carácter general del proceso atribuido a la adolescencia, Marty agrega el carácter específico y particular de este proceso en la posibilidad de insertar recorridos singulares que configuran una pluralidad de presentaciones.

6. Problemas actuales sobre la adolescencia

Previamente destacamos cómo la obra de Stanley Hall (1904) es considerada de fundamental importancia en el abordaje de la adolescencia. El libro sobre el tema que indicamos, *Adolescence: its Psychology and its relation to phisiology*,

anthropology, sociology, sex, crime, religion and education (1904) parece anunciar las diversas corrientes y disciplinas que se ocuparán de la adolescencia como problema teórico en el curso de finales del siglo XX y principios del XXI. La obra precisamente hace alusión a los problemas fisiológicos y patológicos de la adolescencia, ya reconocida en el siglo XIX a partir la extensión de la educación más allá de la escuela primaria e incluyendo diferentes clases sociales. Stanley Hall se sitúa en la corriente evolucionista y es fuertemente influido por Rousseau, quien había descrito la adolescencia como un segundo nacimiento que afecta tanto los cambios de humor y la fisiología así como las relaciones familiares del joven. Lo fundamental de su concepción se centra en la importancia otorgada a la denominada “crisis” de la adolescencia, una edad tumultuosa, presentada como una crisis imposible de evitar y que da lugar a la expresión inglesa “*storm and stress*” para precisar su carácter brusco y conmovedor.

Esta perspectiva centrada en los conflictos que se derivan de la crisis, tendrá una influencia decisiva en los autores posteriores y pasará a la opinión pública, así como tendría incidencias en la Educación y en el ámbito de la Salud Pública. La adolescencia para Hall está vinculada a la pubertad como hecho fisiológico que repercute en la conducta y experiencia de los jóvenes hasta más allá de los 21 años. Más tarde abordaremos las dificultades para la delimitación de los márgenes de edades que incluye la adolescencia, problema que para algunos autores no logra establecerse con precisión, particularmente en nuestra época, dependiendo sobre todo de factores socio-culturales (Bourdieu, 1984; Dávila León, 2004; Feixa, 1998). Pero nos es necesario señalar que son estos factores los que comienzan a adquirir importancia en el estudio de la adolescencia a partir de las críticas que recibe la obra de Hall de parte de una antropóloga discípula de Franz Boas, Margaret Mead, quien en 1928 publica su libro *Coming of age in Samoa. A psychological study of primitive youth for western civilisation*¹⁵ (1928). En el mismo cuestiona la universalidad de ese período de la vida, así como su carácter

¹⁵ *La llegada de la pubertad en Samoa: estudio psicológico de una juventud primitiva para la civilización occidental* (Dillon, 2001).

discontinuo y crítico en el pasaje de la niñez a la adultez. Su hipótesis es que la adolescencia no es un momento de crisis y de tensión, sino el mejor momento de la vida de los jóvenes de Samoa, en una sociedad organizada sin las regulaciones que se imponen en Occidente.

La adolescencia es considerada a partir de este hallazgo como una consecuencia cultural de la evolución de las sociedades, su determinismo por lo tanto es social y no fisiológico. Se inicia de esta manera una discusión en la que tendrán participación décadas más tarde diversas disciplinas y que alcanzará su desarrollo en el siglo XX desde finales de los años 70, particularmente en los 90 y en el curso del siglo XXI. Discusión que tiene la particularidad de no sólo de producirse en la actualidad entre diferentes campos del saber, sino incluso dentro de una de ellas, particularmente el Psicoanálisis y sus diversas orientaciones (Quentel, 2004). Recordemos que el término “adolescencia” no fue usado por Freud más que en supuesta sinonimia con el concepto de pubertad. Escribe *Las metamorfosis de la pubertad* en una aparente paradójica relación de discontinuidad y de continuidad con la evolución de la libido, que ha sido el inicio, como destacamos previamente, de los desarrollos sobre el tema de parte de los posfreudianos y las diferentes corrientes que surgieron posteriormente, muchas de ellas profundizando los aspectos metapsicológicos de la noción de crisis de la adolescencia.

Sin embargo, necesario resulta subrayar que la sola lectura de esta obra de Freud resulta insuficiente, y nos parece de importancia considerar otra de sus obras, *El malestar en la cultura* (1930/1979) para complementar el análisis del problema. Por otro lado, esta lectura nos ayudará en capítulos posteriores de esta tesis a poder diferenciar la incidencia de la organización y funcionamiento de la cultura en la época de Freud y la nuestra, así como sus consecuencias en el período de transición denominado adolescencia.

Regresemos ahora al debate al que hemos hecho referencia anteriormente para destacar que incluye asimismo a la Psiquiatría de nuestra época, particularmente del área anglosajona. Reivindica los hallazgos empíricos de las investigaciones que se han realizado a partir de los años 70 del siglo pasado, de acuerdo a una

metodología centrada en cuestionarios y entrevistas con adolescentes considerados “normales” y a través de los cuales llegan a constatar los mitos que han entorpecido durante años la originalidad de la experiencia adolescente, entre ellos la creencia en la adolescencia como una edad crítica caracterizada por el conflicto y diferentes manifestaciones de malestar.

¿Cuáles son entonces los principales tópicos de esta discusión a la que hemos hecho referencia al comienzo y que, como lo hemos señalado, incluye las denominadas Ciencias Sociales, el Psicoanálisis y la Psiquiatría?

En primer término, la existencia misma de la adolescencia como momento evolutivo asociado a la pubertad, en segundo lugar, la noción de “crisis de la adolescencia” considerada como universal y, por último, la incidencia fundamental y determinante de los factores sociales en el determinismo de los cambios que se producen en el pasaje de la niñez a la adultez. Abordaremos brevemente algunos de los autores que han desarrollado estos problemas en diferentes obras.

El libro de Huerre, Pagan-Reymond y Reymond (1997/2003) nos presenta un título sugestivo: *L'adolescence n'existe pas. Une histoire de la jeunesse*¹⁶. Para los autores, psiquiatras y psicoanalistas, la adolescencia no es más que una creación reciente de nuestra sociedad, un artificio que se utiliza para designar el pasaje de la infancia a la edad adulta. Justifican esta posición en el hecho de que, en una revisión histórica del problema, demuestran su inexistencia en otros momentos históricos tal como se manifiesta desde el siglo XI. Particularmente cuando se celebraba con rituales y ceremonias sancionadas por la sociedad para consagrar el paso de la niñez a la adultez. Consideran que el problema que surge en la actualidad para los jóvenes es que esta transición se diluye en el tiempo. Los autores señalan que en realidad son los adultos los que excluyen a los jóvenes de su inclusión en la sociedad, por temor a envejecer y de acuerdo a la necesidad de suprimir todos los riesgos de una sociedad insegura. Por esto concluyen que la adolescencia es un artificio, un mito que impide que los jóvenes se conviertan en adultos.

¹⁶ *La adolescencia no existe. Una historia de la juventud* [la traducción es nuestra].

En una dirección similar, el antropólogo Le Breton, autor de numerosas obras sobre la adolescencia, utiliza la referencia a otro tipo de sociedades para demostrar la relatividad cultural de la adolescencia. En *Una breve historia de la adolescencia* (2014a) escribe: “En las sociedades tradicionales, hoy enormemente destruidas por la globalización, los jóvenes no viven ese largo intervalo marcado a veces por el desasosiego” (p.8). Son los ritos de pasaje los que aseguran para el autor que el niño alcance una posición activa y responsable en el seno de su comunidad. Por eso la adolescencia coincide con un breve tiempo: el tiempo de la ceremonia que sanciona el pasaje. Por el contrario, en nuestras sociedades se diferencian de otro tipo de sociedades que dedican un tiempo a este cambio y en las que la entrada en la maduración social es gradual. En nuestras sociedades no hay margen para la transmisión entre la infancia y las responsabilidades sociales adultas, por esa razón la adolescencia no existe, y los jóvenes permanecen largo tiempo en la transición. A falta de un lazo social o de rituales que lo oriente, el joven se encuentra solo para recorrer el camino. Le Breton (2007) concluye que en el contexto del individualismo actual democrático, cada adolescente se vuelve su propio pasador, en el momento del pasaje de la niñez a la edad adulta, y decide solo el sentido de su existencia.

Otro es el significado que le otorga Michel Fize, sociólogo, a la inexistencia de la adolescencia. En su obra *¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social* (2001) cuestiona particularmente la noción de “crisis de la adolescencia”, considerando que es una mera invención social para ocultar la dominación de la clase adulta sobre la generación joven. Justifica esta afirmación recordando que el sistema jurídico se edifica sobre el principio, aparentemente protector, de la incapacidad jurídica de los menores. En otra de sus obras *Antimanuel de l’adolescence: toute la vérité, rien que la vérité sur les adolescents*¹⁷ (2009), objeta otra vez esta noción de crisis que patologiza a la adolescencia con una visión pesimista que traslada a los jóvenes. Considera que

¹⁷ *Antimanuel de la adolescencia: toda la verdad, nada más que la verdad sobre los adolescentes* [la traducción es nuestra].

la mayor parte de los adolescentes viven bien este período de la vida y coincide en parte con Huerre y colaboradores (1997/2003) en señalar que son los adultos los que se encuentran desprovistos de referencias frente a los cambios de los adolescentes. El autor ha abordado asimismo los cambios que se han producido en lo que llama “cultura adolescente” de nuestra época, que se diferencia de la de los años 60, porque no se define “contra” la generación de sus padres, sino en relación con la comunidad de sus pares, y sufre por eso de ciertos imperativos que lo obligan a seguirla para no ser excluido. Para el autor, con la llegada de la época moderna, el diálogo entre jóvenes y adultos se ha desvanecido peligrosamente (Fize, 2011).

En el campo de la Psicología en Estados Unidos, Robert Epstein desarrolla una perspectiva que presenta ciertas coincidencias con los planteos de sociólogos y antropólogos, no sin dejar de introducir novedades en este campo. Su libro *The Case Against Adolescence. Rediscovering the Adult in Every Teen*¹⁸ (2007), tiene como argumento central la tesis de que la experiencia adolescente, que se ha denominado “crisis de la adolescencia” con las diferentes manifestaciones de malestar, angustia, nihilismo y estallidos de diferente orden, es consecuencia directa de las restricciones legales y sociales que impiden que los jóvenes desarrollen sus capacidades reales para ser o actuar como adultos. Razón por la cual los adolescentes están aislados del mundo adulto, crean culturas propias, y se toman por modelos, en un divorcio con la realidad y sus exigencias que no existía en otros momentos históricos, cuando las jóvenes generaciones estaban integradas y comenzaban a trabajar precozmente. Epstein considera que es a causa de que los *teens* en los países preindustriales pasan la mayor parte del tiempo con adultos -tanto con los miembros de la familia como con otros trabajadores-, son los adultos los que llegan a ser sus modelos, y no sus pares. Más aún, la tarea primaria no es liberarse de los adultos, sino más bien llegar a convertirse en miembros productivos de sus propias familias y de su comunidad tan pronto como puedan. El autor señala:

¹⁸ *El caso contra la adolescencia. Redescubriendo el adulto en cada adolescente* [la traducción es nuestra].

Investigaciones recientes sugieren que los adolescentes actuales están sometidos a diez veces más restricciones que la mayoría de los adultos, y la adultez es demorada hasta los veinte o treinta años. Es probable que las perturbaciones que observamos entre los teens sean un resultado no intencional de la extensión artificial de la infancia¹⁹ (p.3).

Para el autor son los adultos de nuestra época los que no han permitido que los niños crezcan, extendiendo artificialmente la niñez mucho después de la pubertad. Para algunos autores el libro es provocativo por las conclusiones y propuestas a las que llega: la disolución del sistema de justicia juvenil, la supresión de la educación compulsiva, el fin de la edad límite para el mundo del trabajo, la extensión de los derechos de propiedad para los jóvenes, capacidad para casarse si son capaces de mostrarse competentes, entre otras. En otros términos otorgar responsabilidad a los jóvenes, a quienes considera capacitados para ejercerla, siempre que no se lo impidan los padres y los poderes del Estado.

Otro trabajo que consideramos importante para incluir en esta discusión es el artículo de Offer y Schonert-Reichl, psiquiatra y psicóloga educacional, respectivamente. Resulta sugestivo y precisa el objeto de su trabajo: *Debunking the Myths of Adolescence: Findings of recent Research*²⁰ (1992). Se inscribe también en una perspectiva crítica con respecto a las concepciones tradicionales de la adolescencia.

Los autores sostienen que los mitos sobre la adolescencia han impedido la conceptualización de lo que consideran adolescentes normales. De estos “mitos” hacen responsables especialmente a los psicoanalistas posfreudianos, tales como Anna Freud (1936/1954) y Peter Blos (1979), quienes presentaban a los adolescentes en general como turbulentos, concepción que se difundió ampliamente y llegó a constituir una creencia errónea generalizada: “Se supone que el adolescente “típico” se encuentra fuera de control, en constante conflicto

¹⁹ La traducción es nuestra.

²⁰ *Desenmascarando los mitos de la adolescencia: Hallazgos de la investigación reciente* [la traducción es nuestra].

con su familia, y es incapaz de pensamiento racional”²¹ (p.1.003). Las investigaciones empíricas recientes, según los autores, permiten desechar esta concepción tan difundida, que ha partido de psicoanalistas que han trasladado a la normalidad sus hallazgos con jóvenes perturbados. De esta manera no han logrado establecer la “normalidad” de la mayor parte de los adolescentes. Por el contrario, sostienen que la investigación reciente con muestras de adolescentes que no son pacientes ha demostrado que la adolescencia no es una época en la que predominen las perturbaciones para todos los adolescentes. “La mayoría de ellos están cómodos con sus valores sociales y culturales”²² (p.1.004), destacan, considerando que esto es un índice de ausencia de conflictos.

El segundo mito que cuestionan es que los adolescentes presentan cambios llamativos de humor, como consecuencia de las transformaciones psicológicas, fisiológicas y sociales que se producen en este período. Utilizan un método de recolección de información que emplea medios electrónicos para conseguir datos sobre la experiencia diaria de los jóvenes sobre sí mismos, lo que les permite concluir que los cambios de humor de los adolescentes no difieren de los presentados por preadolescentes. Sin embargo, coincidiendo con otros autores, agregan que contradictoriamente se observa un incremento del malestar en los adolescentes a medida que crecen porque el aumento de afecto negativo durante la adolescencia puede ser un resultado de los cambios en la vida. Por ejemplo, destacan que la pubertad puede presentar problemas para algunos jóvenes, particularmente las mujeres. No porque se trate de efectos hormonales, sino por las definiciones de lo que es deseable o esperable para ellos, expectativa que impacta en la experiencia de la pubertad, por ejemplo el aumento de peso para las jóvenes, y la relación de inclusión o exclusión con sus pares para todos. Estas experiencias no son analizadas más allá de su presentación superficial y son diferenciadas de la categoría “enfermedad mental”, según las categorías del DSM IV (1995). Se basan en investigaciones epidemiológicas que sostienen que solo un 20% de los adolescentes de la población general tiene problemas de salud mental.

²¹ La traducción es nuestra.

²² La traducción es nuestra.

Esta cuestión es interesante contrastarla con los hallazgos que informan sobre el problema de la demanda de asistencia de parte de los adolescentes que desarrollan en el mismo artículo. Esta constatación referida al porcentaje de enfermos mentales en la población adolescente ha tenido amplia difusión y es utilizada por investigadores de otros campos para cuestionar la presencia de conflictos y síntomas en la adolescencia, como formando parte de la “normalidad” de los jóvenes.

6.1. Psicoanálisis y actualidad de la adolescencia

Las diferentes corrientes del Psicoanálisis que han abordado el problema específico de la adolescencia en el curso del siglo XX se han situado en una perspectiva evolutiva, considerándola en relación al desarrollo, particularmente vinculada a las diferentes fases de la evolución de la libido. Ahora nos interesa esta cuestión a fines de introducir las novedades que ofrece al respecto la enseñanza de Jacques Lacan si recordamos que desde sus comienzos cuestiona este criterio evolutivo, y realiza una lectura del desarrollo en términos estructurales, lectura que contempla las relaciones entre el sujeto del inconsciente y la dimensión libidinal en el curso de una temporalidad que no obedece a la biología ni a un proceso de maduración, sino a la lógica que organiza las relaciones con el Otro materno, o sea inscripta en una relación social desde el origen.

En los años 50 y 60 elabora un desarrollo estructural crítico sometido a escansiones, en torno a las relaciones Edipo/castración, y sus consecuencias en las transformaciones que sufre el sujeto en el registro de las identificaciones formadoras, particularmente el Ideal del Yo. Justamente en la primera parte de su enseñanza, en los años 50, es en el período en el que reformula el mito edípico freudiano en términos estructurales. En consecuencia, considera que será fundamental la forma en que el niño haya atravesado el Complejo de Edipo y que haya operado en su estructuración subjetiva la Metáfora Paterna en la infancia para que, en el momento de la pubertad, pueda hacer uso de los “títulos” (Lacan, 1957-58/2004, p.201) que el padre en su momento le ha prometido. Esta cuestión

se liga estrechamente con la necesaria identificación por parte del niño con las insignias ideales del padre, lo cual da lugar a la conformación del Ideal del yo. En esta formación lo central es que “el sujeto se reviste con las insignias del Otro” (Miller, 1998, p.96), a partir de la sustitución operada con respecto al deseo de la madre y la producción de un valor nuevo: la significación fálica. La importancia del padre cobra de este modo un lugar preponderante en el establecimiento de las coordenadas simbólicas del sujeto, en la orientación de su deseo y de la existencia misma. En la pubertad, con su tempestuosa oleada pulsional y el cuestionamiento de las figuras parentales, el joven deberá arreglárselas con la desorganización que aquella implica, a nivel simbólico, imaginario y real. La conmoción del mundo infantil, que progresivamente debe abandonar, dependerá en gran medida de su pasaje por los desfiladeros del Edipo y de la castración y condicionará el derrotero que comenzará a transitar en el momento de la adolescencia. Sin embargo, a pesar de la orientación que este anudamiento implica, la asunción del sexo y sus dificultades así como la relación con sus padres serán problemáticas que el adolescente no podrá eludir.

Otro de los textos cruciales para el análisis de los problemas que plantea la adolescencia es *Juventud de Gide o la letra y el deseo* (Lacan, 1958/1966). En él aborda la adolescencia prolongada del célebre literato contemplando los encuentros con el amor, el sexo y la figura ideal de Goethe, que culminan en el abandono del período de transición en el que se mantenía, no pudiendo encontrar un horizonte para su vida. La incidencia de la cultura no es tratada en forma directa, sino a través del amor materno y la religión protestante a la que adhería, con una moral rígida y vigilante que repercutía en la relación con su hijo, “amado pero no deseado”, como lo destaca Lacan. La juventud de Gide está inscripta en el curso de diferentes momentos en los que el sujeto puede ir liberándose progresivamente de esta autoridad, liberación que, como veremos luego, no es sin resto y que sigue vigente en su modo de amar, desear y gozar.

A estos aportes debemos añadir otro texto que aborda el problema de la adolescencia y que nos permite a su vez acompañar la secuencia de la enseñanza de Lacan en los años 70. Se titula *El despertar de la Primavera* (Lacan,

1974/1988), y fue escrito en ocasión de la representación teatral en 1974 de la obra de Wedekind en París. Lacan en ese escrito abordará la adolescencia poniendo el acento en el necesario “despertar de los sueños” (p.109), cuando la emergencia del problema de las relaciones con el otro sexo crea un agujero en lo real. Subraya de esta manera la aparición en la pubertad de un nuevo goce de sentido oscuro que acompaña a las mutaciones del propio cuerpo así como el carácter enigmático con el que se presentan los problemas vinculados a las relaciones entre los sexos, para lo cual no se encuentra un saber que pueda servir de referencia.

Escrita a fines del siglo XIX, publicada en 1892, es un “drama infantil”, como lo llama el autor, drama en el que está en juego el problema del encuentro con el sexo y las diferentes respuestas de adolescentes que cursan la escuela secundaria. Los otros personajes son los padres y los maestros, de los que se sirve el autor para criticar la moral sexual de la época y sus efectos en los diferentes personajes de la obra. Los críticos literarios la sitúan como “una tragedia moderna”, en la medida en que el argumento sirve de apoyo al esquema trágico diferenciado del de la tragedia antigua. Efectivamente, esta diferencia se plantea en tanto el personaje principal está sometido a una elección, y tiene que decidir, tal como lo encontramos al final de la obra en el que el joven decide separarse de la autoridad de los padres, y abandona la posibilidad del suicidio.

Lacan (1974/1988) comenta la obra de Wedekind considerando que el dramaturgo anticipa a Freud, en la medida en que a propósito de situar este encuentro de los jóvenes con el sexo, presenta en forma dramática un momento en el que hacen su aparición las relaciones del sentido con el goce. Este encuentro y estas relaciones ponen de manifiesto el vacío del saber sobre el sexo, en la medida en que nada prepara en el momento de la pubertad saber afrontar el Otro sexo, sino que le impone al sujeto decidir qué hacer como hombre o como mujer en el registro de la ficción, a partir del “despertar de los sueños”. Esta frase del escrito de Lacan se presta a dos lecturas diferentes pero tal vez complementarias: el despertar de las ensoñaciones infantiles, por un lado, y, por otro, el necesario apoyo en el fantasma para desear y gozar de acuerdo a una lógica fálica, a partir de la castración y la

prohibición que conlleva. Lacan agrega “No para prohibir la relación sexual, sino para fijarla en la no relación que vale en lo real” (p.111), con lo que expresa el necesario recurso a los semblantes de las relaciones entre los sexos para cubrir la falta de relación proporción sexual a nivel del inconsciente. Es justamente por las diferentes posiciones que asumen los dos jóvenes varones frente a la problemática del sexo en la obra, que Lacan planteará la adolescencia como momento traumático en algunos casos o como una salida para el atolladero en el que el joven se encuentra, en el caso que logre hallar una oferta que le permita decidir dejar atrás el mundo de la infancia y la dependencia de los padres y maestros.

Recordemos que en la obra, padres y maestros pretenden ignorar que los jóvenes ya no son niños y de acuerdo con la moral de la época, buscan culpabilizar cualquier manifestación de apertura sexual en ellos. El personaje que adquiere importancia crucial al final del drama es El hombre enmascarado, que se presenta sin dar respuesta a los interrogantes del protagonista pero animándolo a conocer el mundo, a tomar riesgos, a vivir una experiencia sin garantías. Representa para Lacan (1974/1988), uno de los posibles Nombres del Padre, ahora pluralizados en su enseñanza, y que pueden encontrar diferentes encarnaciones, en el registro del semblante, para que el adolescente pueda avanzar en el camino hacia un anudamiento sintomático que le permita suplir la disarmonía estructural de las relaciones del sentido con el goce.

Como hemos podido observar Lacan señala, tanto en el caso Gide como en la obra de Wedekind, que los problemas de las relaciones con el sexo en la adolescencia se sitúan a fines del siglo XIX y no dejan de estar condicionados por la atmósfera cultural de la época. Necesario es dirigirnos a la problemática de la adolescencia en el contexto actual, caracterizado por algunos autores como posmoderna, por otros por la liberalidad de las costumbres y la permisividad, por la declinación de la autoridad y la caída de los grandes relatos que permitían organizar las comunidades y el lazo social. Como lo señala Miller (2015), “Es

sobre los adolescentes que se hacen sentir con más intensidad los efectos del orden simbólico en mutación....particularmente el patriarcado”²³ (p.4).

En la enseñanza de Lacan, progresivamente el padre pierde su función de garantía del orden simbólico y es equiparado a la función de un síntoma que permite mantener unidos los registros real, simbólico e imaginario, específicamente a partir de la función de nominación. Los cambios en la estructura de la familia, las variedades de recomposición de los integrantes que la componen, homo o heterosexuales, han erosionado las referencias previas en un mundo ordenado, en el que las referencias sobre los modos de situarse como hombre o mujer parecían servir para orientar las conductas, incluso la identidad de las participantes en las relaciones entre los sexos. En este contexto, algunos filósofos como Lipovetsky (1990, 2000, 2007) cuestionan la existencia de la crisis de la adolescencia, ya que el joven de nuestro tiempo pone en evidencia un hedonismo moderado, un pacifismo y conformismo muy alejado de la rebeldía de otras épocas. Cosenza (2009) en su artículo *L’initiation dans l’adolescence: entre mythe et structure*²⁴ formula preguntas pertinentes: “¿Cómo se las arreglan los adolescentes con este encuentro con lo real sin poder contar, en ciertos casos, con la relación estructurante del Nombre del Padre, con la función de orientación del Ideal del Yo y su función de regulación humanizante del Ideal del Yo?”²⁵ (p.47).

La cultura del hiperconsumo, que predomina en la actualidad, hace del goce una obligatoriedad, con la pendiente superyoica que está presente en los denominados nuevos síntomas y síntomas sociales, tales como la anorexia, bulimia, adicciones y toxicomanía, fobias sociales, y las automutilaciones. El mismo autor retoma la fórmula de Stevens (2001) para definir la adolescencia como “síntoma de la pubertad”, considerando el despertar pulsional y las diferentes respuestas que los jóvenes ofrecen. Entre ellas, de resulta de interés destacar la mutación que señala Lipovetsky (1990) al respecto, cuando subraya que la libertad sexual, por su

²³ La traducción es nuestra.

²⁴ *La iniciación en la adolescencia: entre mito y estructura* [la traducción es nuestra].

²⁵ La traducción es nuestra.

banalización en nuestra época, conduce al “desencanto del sexo”, a la indiferencia y a la apatía amorosa en muchos de los adolescentes contemporáneos.

La Sagna (2009) se apoya en Yonet (2006) para abordar el problema denominado “adolescencia prolongada” por los psicoanalistas de principios del siglo XX (Bernfeld, 1919/1996; Blos, 1979) y que progresivamente ha adquirido mayor vigencia en nuestra época. En el texto, se sitúa en oposición a muchos de los sociólogos y psicólogos que hemos considerado previamente y de acuerdo con algunas de las conclusiones de los psiquiatras, ya que destaca como uno de los factores que inciden en la adolescencia de nuestra época a la ausencia de ruptura de los valores entre las generaciones.

Los jóvenes no están más en ruptura con las ideologías y modos de vida de sus padres. Desde 1968 hay una continuidad sin ruptura de los valores entre los hijos y los padres. La adolescencia se prolonga indefinidamente [...], porque en la actualidad se cultiva un inacabamiento de sí, de su formación, de su identidad, de su deseo, hasta de la realidad [...]. El sujeto queda suspendido en un futuro líquido en el sentido de Zigmunt Bauman. El inacabamiento de la “*bildung*”, del *ego* en formación, produce también un *ego* diluido in progress... (p.18).

De acuerdo a estas consideraciones que sitúan el valor ideal del inacabamiento en la cultura actual (Bauman, 2006), La Sagna (2009) concluye “La adolescencia no se prolonga simplemente en el tiempo, es, cada vez más valorizada socialmente como prolongación generalizada y adolescencia generalizada” (p.19). En este contexto ¿cuál es la apuesta que permitirá la salida de la adolescencia? En el curso de la tesis analizaremos las diferentes posiciones dentro de Psicoanálisis que sostienen modos diferenciados, incluso opuestos de culminación de la adolescencia así como de dirigir la cura, de acuerdo a los fines que la orientan.

De particular interés resultan las denominadas “patologías de la modernidad” o “síntomas sociales”, también “nuevos síntomas”, tales como la anorexia, las escarificaciones y las diferentes adicciones. Suelen iniciarse en la adolescencia y, aunque pueden ser transitorias, se encuentran como antecedentes de algunos adultos que han mantenido estas formas de satisfacción que puede llegar a una dimensión mortífera. Esta problemática, especialmente el consumo de sustancias

y sus implicancias constituirá nuestro punto de partida para la indagación de este tipo de presentaciones en el siguiente capítulo²⁶.

Como lo señala Schabelmann (Lacadeée et al, 2009) “Para escapar a la alienación del lenguaje que lo reenvía de un significante al otro, el sujeto reinterroga la cadena significativa en la forma del discurso del Otro: ¿Qué me quiere el Otro?, y también ¿Qué le faltará al Otro por el hecho de mi desaparición?”²⁷ (p.80). Esta dialéctica se encuentra en el fundamento de muchas de las conductas que crean malestar en los padres y educadores, como fugas, pasajes al acto o actings out y particularmente el ataque a los semblantes sociales, desafío que pretende desnudar lo real del sexo y la existencia que se encuentra cubiertos por el discurso y el lazo social.

El estatuto de la adolescencia

Hemos presentado en el inicio de este apartado los discursos que en la actualidad han definido particularmente la adolescencia como una construcción socio-histórica, en una perspectiva relativista. Estos discursos en general cuestionan la existencia de la adolescencia misma poniendo el énfasis en los determinantes del Otro social, familiar o cultural en el pasaje de la infancia a la adultez. En otros términos, el acento recae en la importancia de la organización social actual en la creación de culturas adolescentes, y el mantenimiento de los jóvenes en una situación de inacabamiento e irresponsabilidad. Además consideran que la adolescencia no es universal, ya que históricamente se ha comprobado que no siempre existía como la conocemos en la actualidad. Otros, critican la noción de “crisis de la adolescencia”, considerándola una extensión abusiva, que concierne sólo a un pequeño grupo de jóvenes que recurren a la demanda de asistencia, generalmente promovida por el Otro social o familiar.

A partir de estas consideraciones cabe preguntarse *¿El período llamado adolescencia es una mera construcción socio histórica o, por el contrario, implica invariantes estructurales que en relación con los problemas del sexo y la*

²⁶ Capítulo 2. *Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia* de la Parte I.

²⁷ La traducción es nuestra.

existencia obligan al sujeto a elaborar respuestas inéditas como intentos de soluciones, siempre condicionadas por el Otro familiar y cultural?

Es de destacar que el Psicoanálisis y su práctica con adolescentes, por su lado, permiten ciertas generalizaciones que contemplan la importancia de la incidencia de la cultura en los problemas que se abren para los adolescentes en su pasaje. Este pasaje puede ser considerado una transición o una ruptura de su estado de dependencia infantil en el orden del deseo y el goce. Esta perspectiva considera la diversidad de respuestas que pueden producirse, respuestas como intento de soluciones a los nuevos encuentros con los que el joven no puede dejar de enfrentarse.

A partir de la enseñanza de Jacques Lacan, es pertinente considerar que la adolescencia es un momento de transición, que se encuentra doblemente condicionado tanto por los cambios en el Otro encarnado en el cuerpo, así como por el Otro del orden simbólico, es decir, las regulaciones y ofertas de la cultura de cada momento histórico. Es nuestra hipótesis que estas condiciones no son determinantes, sino que adquieren su importancia de acuerdo a las invariantes estructurales que presiden la constitución del sujeto en relación al sexo como real negativo de la estructura.

Capítulo 2

Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia

En la actualidad el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, en muchos casos se presentan con carácter epidémico. Estas manifestaciones constituyen un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos, así como para los programas de prevención, por la escasa implicación subjetiva que afecta a quienes los presentan, correlativa a la satisfacción que aportan. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, y los diferentes tipos de adicciones, particularmente la drogadicción y el alcoholismo.

El punto de partida de muchas investigaciones acerca de estas presentaciones de la clínica contemporánea es la constatación tanto estadística como clínica de la importancia del comienzo de estas patologías en la adolescencia y juventud (Grases & Burgos, 2004; Lacadée, 2007; Mitre, 2014; Stevens, 2001, 2013). Es necesario en este aspecto establecer una diferenciación de importantes implicaciones clínicas: algunas de ellas son de carácter transitorio, así como otras se caracterizan por el comienzo temprano y la continuación en la adultez, tal como puede observarse en los antecedentes de pacientes adultos.

1. Los denominados “nuevos síntomas”

El campo de aplicación del Psicoanálisis se ha extendido a nuevas presentaciones sintomáticas que no estaban contempladas en sus orígenes como formando parte de su clínica y de su intervención terapéutica como práctica en Freud (1916-17/1991a). Incluso esta extensión incluye ciertos síntomas que Freud excluía de la intervención analítica. Nos referimos sobre todo a los que se han denominado “nuevos síntomas” (Deltombe, 2010; Lacadée, 2011-12; Recalcati, 2004; Stevens, 2001; Unzueta & Zubietta, 2010), también “síntomas sociales”, o “monosíntomas”,

categorías que en general designan perturbaciones objetivas de un malestar que no implican padecimiento subjetivo. Se inscriben en este grupo las patologías de la alimentación (anorexia y bulimia), adicciones diversas, especialmente la drogadicción y la depresión.

Es de importancia señalar que estos padecimientos o trastornos son reconocidos en sus comienzos tempranos en general en la adolescencia, tal como aparece en el *Diccionario de la adolescencia* (Naouri & Delaroche, 2005), texto que bajo el título “Sufrimientos de la adolescencia” menciona la angustia, la anorexia, las conductas adictivas y la depresión. Los autores intentan distinguir aquellas perturbaciones ligadas a la crisis de la adolescencia de otras que pertenecen a la patología. Otros autores de capítulos del *Diccionario de Psicopatología del niño y el adolescente* (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2000) matizan el problema, y señalan que la crisis de la adolescencia puede dar lugar a la entrada en la patología. Mencionan los mismos síntomas que los anteriores e intentan delimitar lo normal y lo patológico en relación al carácter destructivo y violento de la conducta de los adolescentes hacia sí mismos o hacia otros. Incluyen, como ya lo hemos dicho, la anorexia, las conductas de riesgo, la adicción al alcohol, la toxicomanía y la delincuencia.

No hay una definición única de los trastornos ligados a la adolescencia como patología que requiera asistencia, pero, sin embargo, hay algunas condiciones que se repiten en los textos dedicados al tema. Estas presentaciones forman parte del campo del Psicoanálisis en la actualidad, no sin presentar problemas específicos sobre todo en la instalación del dispositivo analítico y la dirección de la cura. Estas dificultades están condicionadas por su novedad con relación al síntoma neurótico, síntoma localizado que incluye un disfuncionamiento y provoca un malestar manifiesto, es decir, que resulta “patológico” en su implicación subjetiva. Por el contrario, “los nuevos síntomas” se encuentran desprovistos de una envoltura formal y, como señala Stevens (2001), en ocasiones parecen extenderse a la vida entera del sujeto, como estilo de vida o una forma de goce.

A diferencia de los síntomas neuróticos que Freud (1916-17/1991a) pudo intervenir a partir del método psicoanalítico y lograr su desciframiento como mensaje en el registro del sentido, los nuevos síntomas permanecen mudos, escapan a la textura de las formaciones del inconsciente, no implican una suposición de saber. Otras prácticas han orientado su abordaje fundando “especialidades” que intentan dar respuestas terapéuticas generalmente con el apoyo de internaciones y psicofármacos y el recurso a grupos que se proponen como intentos de reeducación y fomentando identificaciones que pretenden controlar el carácter adictivo de la conducta de los sujetos.

Desde una perspectiva analítica resulta de importancia contemplar la presentación y el aumento de la frecuencia de estas presentaciones “mudas” en la adolescencia vinculadas, por un lado, al contexto de la cultura actual, y, por el otro, a la facilitación que ofrece la coyuntura de la pubertad y la adolescencia, coyunturas particularmente sensibles a lo que ocurre en la dimensión del Otro para enfrentar el carácter traumático de lo real del sexo y de la existencia (Lacadée, 2007; Lacan, 1974/1988; Stevens, 2001). Si el Psicoanálisis se propone dar una respuesta a la demanda, terapéutica en algunos casos, asistencial, en otros, resultan necesarias investigaciones que permitan articulaciones teórico-clínicas a partir del estudio de una casuística limitada que ofrezca hallazgos que contribuyan a delimitar los condicionamientos y límites de su proceder, así como las torsiones propias del dispositivo. Asimismo necesario resulta elegir el ángulo de la teoría psicoanalítica desde donde pueda encontrarse la puerta de entrada del problema.

En este capítulo abordaremos como estudio preliminar en primer lugar el problema de los cambios operados en la cultura en el siglo XX y comienzos del siguiente, el actual, para situar el contexto en el cual se plantea las transformaciones de la clínica del síntoma en la adolescencia, considerando por otra parte las dificultades que ya han sido planteada por numerosos autores en la práctica psicoanalítica de este período de la vida.

1.1. La sociedad contemporánea y sus malestares

1.1.1. Perspectivas sociológicas

En los últimos decenios del siglo XX y en continuidad con producciones diversas en la actualidad, diferentes disciplinas dentro de la Ciencias Sociales, tales como la Sociología, la Filosofía y la Antropología, se han ocupado del estudio de los profundos cambios que se han producido en la sociedad globalizada y sus efectos subjetivos así como en los lazos sociales. Es lo que denominan el tiempo de la hipermodernidad asociada al desarrollo del capitalismo y la tecnología de los últimos dos siglos. Es decir, analizan la manera en que la globalización de la economía de mercado y su imperativo de consumo han afectado tanto las interacciones sociales como la relación del individuo consigo mismo. Lipovetsky titula una de sus obras *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo* (2000). Postula que en la hipermodernidad, nueva categoría de pensamiento sociológico, el consumo ha impuesto su ley, lo que ha repercutido en la esfera de la cultura abriendo sus puertas a una desregulación de las relaciones sociales que se extiende en diferentes aspectos, tales como el hedonismo, la liberalización sexual y las modalidades diversificadas y transitorias de las relaciones sociales. Todos estos cambios han favorecido un neo individualismo de tipo narcisista, que acompaña la pérdida de sentido de las grandes instituciones colectivas, sociales y políticas. La era del vacío es la era de una pérdida de significaciones que otrora organizaban las instituciones y relaciones entre individuos, atravesando las clases sociales y geografías locales.

También Alain Badiou en su libro titulado *El siglo* (2000) subraya la tendencia que contraría las tradiciones organizadoras de la comunidad a partir del imperativo de lo nuevo, lo que implica la ruptura con la tradición y las referencias acumuladas. Esta tendencia se verifica especialmente en la destrucción de las coordenadas que permitían el respeto de figuras de autoridad: “Es el siglo del acto, del presente absoluto, y no el anuncio de un porvenir” (Badiou, 2000, p.83).

1.1.2. En el campo del Psicoanálisis

El texto de referencia para analizar las transformaciones actuales de la civilización en sus efectos subjetivos es, como lo sabemos, *El malestar en la cultura* (Freud, 1930/1979). Texto en el cual Freud plantea la necesaria renuncia a las pulsiones en el contexto de la moral victoriana que lo precedía. ¿Cuáles eran los ideales de ese momento histórico, momento que, no debemos olvidar, coincide con el desarrollo y expansión de la revolución industrial? Los ideales de la época de entonces privilegiaban lo que Lacan (1969-70/1991) denomina el discurso del amo, discurso del dominio, de la búsqueda de controlar las pasiones humanas por la razón. El acento recaía en esta ocasión en una moral que exaltaba la rigurosidad en el trabajo, la frugalidad, la austeridad y la abstinencia sexual. Una moral que Freud (1930/1979) hace coincidir con el veto a la realización de la libido, por lo cual puede plantearse un antagonismo en las relaciones del individuo y la sociedad. La renuncia pulsional tiene para Freud su contracara en la constitución de una formación heredera del Complejo de Edipo y su represión, pero también del excedente pulsional sin empleo. Como bien lo subraya Freud (1923/1992b), en *El yo y el ello*:

La historia genética del superyó permite comprender que conflictos anteriores del yo con las investiduras de objeto del ello puedan continuarse en conflictos con su heredero, el superyó. Si el yo no logró dominar bien el complejo de Edipo, la investidura energética de este, proveniente del ello, retomará su acción eficaz en la formación reactiva del ideal del yo (p.40).

Constatamos que, por un lado, el origen del superyó es de orden pulsional, su naturaleza misma corresponde a las pulsiones, residuo de las primeras elecciones de objeto, y, por el otro, se constituye como una instancia que implica también una enérgica formación reactiva contra ellas. Freud (1923/1992b) considera que el superyó funciona como un imperativo categórico, de carácter coercitivo, extrayendo su fuerza de la pulsión y de lo que se opone a su realización, básicamente el padre del Edipo, como agente de la prohibición y que se manifestará como conciencia moral o sentimiento inconsciente de culpabilidad.

De este modo, se medirá la distancia del contexto cultural actual y de los cambios producidos en el capitalismo y el desarrollo de la ciencia y la tecnología que acompañan su vertiginoso progreso. Lacan (1973/1977b) modifica la concepción del superyó de Freud, a la vez que profundiza su definición para hacerla compatible con los tiempos en los que el padre ha perdido su estrellato como figura central de la cultura paternalista del siglo XIX y anteriores. El superyó contemporáneo mantiene su carácter de imperativo, pero se trata ahora de un imperativo de goce capitalista, centrado en el aliento al consumo como promesa de felicidad. La glotonería del superyó es, a diferencia de la concepción freudiana, estructural, no efecto de la civilización, sino síntoma de la civilización, expresión de la imposibilidad de un goce absoluto por efecto del lenguaje sobre el viviente. El superyó no está tomado en su vertiente de prohibición, de veto o censura, de deber o culpabilidad, términos que se refieren a la existencia del Otro de las normas que aseguraban su completud, sino en su vertiente de empuje a gozar, superyó que corresponde a la fragmentación del Otro diversificado e incompleto, Otro que no existe, agrega Miller (2005), y que no logra capturar el goce sino por los diferentes discursos organizados a partir de la pérdida que introduce el lenguaje y que devela la operatividad original de la castración. De esta manera, la verdad de superyó freudiano es, para Lacan (1973/1977b), ¡goza!, enunciado introducido por los cambios en las normas que se han producido en la civilización actual. Lo subraya en *Televisión* (1973/1977b, p.120): “Lo que caracteriza nuestra época contemporánea es la precariedad del modo de goce, que no se sitúa más que por el plus de gozar”. Hace referencia al objeto “a”, resto ineliminable de la repetición, objeto perdido, por un lado, objeto recuperado, suplemento, por el otro. Objeto que recibe encarnaciones diferentes, entre ellas los objetos propuestos por el desarrollo tecnológico del capitalismo avanzado, que se convierten en necesarios y obsoletos a su vez, por la producción incesante que crea la apetencia de lo nuevo y siempre estimula un consumo imparable. El arte de vender será entonces producir la falta en tener y capturar el deseo insaciable de otra cosa, cuya adquisición se hace necesaria y los obstáculos que pueden impedir su adquisición generan angustia.

Bauman ha desarrollado el tema en su libro *Vida de consumo* (2008), en el que destaca el hecho de que el consumidor termina siendo consumido por un sistema que le hace creer que el sujeto está al mando, que elige y dispone de su voluntad de ejercer la libertad de elección, cuando en realidad “en tanto que como compradores hemos sido arrastrados por gerentes de compra y guionistas publicitarios a realizar el papel de sujetos, una ficción vivida como si fuera verdad” (Bauman, 2008, p.32).

Lacan (1972/1978) ha presentado una modificación de lo que denominó el Discurso del Amo en nuestra época: el denominado “Discurso del capitalista”, entendiendo por discurso el lazo social construido por el funcionamiento de las relaciones del saber con la verdad y del sujeto con su objeto de goce, discursos contruidos a partir de la pérdida de goce que introduce la castración. En los cuatro discursos que había introducido en *El reverso del Psicoanálisis* (1969-70/1991), en *Radiofonía* (1970/1977a) y en otros textos destaca la impotencia y la imposibilidad como las relaciones lógicas que operaban entre los términos en juego. El discurso del capitalista, declinación del Amo antiguo, implica para Lacan un cortocircuito en este sentido, en la medida que suprime toda imposibilidad.

La alienación en los términos $\$$ —a muestra al sujeto sin límite, sin la barrera de lo imposible, de modo que es un sujeto que extrema su consumo para alcanzar la fórmula de la felicidad y el goce del objeto, pero que nunca satisface, cuestión que saben muy bien los agentes del mercado.

Miller (2005) ha introducido el matema que corresponde al modo de goce contemporáneo donde trata de formalizar de esta manera la precariedad del modo de goce actual, que no está garantizado por el Ideal, que elide así el Otro social, el Otro de la ley, cuando este Otro se caracteriza por su fragmentación e inconsistencia, que abandona al sujeto a la glotonería del superyó con su imperativo de gozar siempre más. En *Televisión* Lacan (1973/1977b, p.120) señalaba esta condición actual aludiendo a la “...desorientación y precariedad de nuestro modo de goce contemporáneo, que no se sitúa más que por el plus de gozar”. Lo que se encuentra en crisis es por lo tanto la identificación que cumplía

la función de regular y limitar el goce, y favorece el predominio de un goce autístico que se manifiesta por ejemplo en el goce solitario de consumir lo que propone el mercado y los productos que prometen una felicidad, siempre insuficiente. Por esta razón, Miller (2005) considera que el goce toxicómano es emblemático del autismo contemporáneo de goce. Podríamos agregar otras patologías del consumo, la bulimia, adicciones diversas, incluso la anorexia en su apetencia del objeto “nada”, que en su rechazo obstinado del consumo de alimentos, muestra la fuerza superyoica que la conduce más allá del principio del placer, a una repetición que no encuentra freno.

Desde esta perspectiva, los nuevos síntomas no se presentan como síntomas que perturban, comenzando por su implicación subjetiva, es decir que no se alude a ellos como un disfuncionamiento, algo de lo que el sujeto quiere librarse para poder realizarse, sino por el contrario, se presentan como recursos, soluciones, funcionamientos satisfactorios, estilos de vida de los que no pueden prescindir. Su difusión provocativa por Internet recurre a las campañas a favor de encontrar nuevos adictos pro anorexia, pro escarificaciones diversas, pro utilización de sustancias, todos grupos que pretenden establecer una identificación colectivizante, que pasa del “yo soy” al “somos”, como comunidad de goces compartidos.

Nos preguntamos por las razones estructurales por las cuales estas marcas distintivas de los nuevos síntomas se inician en general en el momento de la adolescencia, considerando a su vez la función que cumplen en ese momento de transición por el que atraviesan los sujetos. El encuentro con lo real del sexo y la inconsistencia del Otro que trae aparejada favorece la necesidad de los sujetos de recuperar una supuesta unidad perdida, cuando se hacen presentes el abismo de su división, en algunos casos, y, en otros, el “sin recursos” de la angustia originaria.

1.2. Emergencia de los “nuevos síntomas” y de las llamadas “conductas de riesgo” en la adolescencia

Ya hicimos mención a la importancia de las denominadas “patologías de la modernidad” o “síntomas sociales”, también “nuevos síntomas”. Muchos de ellos suelen iniciarse en la adolescencia, y aunque pueden ser transitorios, se encuentran como antecedentes de algunos adultos que han mantenido estas formas de satisfacción que puede llegar a una dimensión mortífera.

Las dos tareas que el joven debe afrontar, la elección del objeto sexual junto al desprendimiento de la autoridad parental, se presentan en la actual sociedad hipermoderna con dificultades y con particularidades que dependen de la transformación que ha sufrido el lazo social en el estado actual de la civilización. En este contexto, la adolescencia como momento de transición entre la infancia y la adultez es considerada por muchos autores como el periodo de coyuntura de emergencia de este tipo de presentación (Recalcati, 2004; Stevens, 2001; Unzueta & Zubieta, 2010) como la toxicomanía, la violencia, la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, entre otras. Como ya insistimos, estas manifestaciones han sido definidas por el psicoanálisis lacaniano como aquellas formas de presentaciones psicopatológicas que no corresponden a la fenomenología del síntoma clásico delimitado por Freud (1916-17/1991a) en su época. Desde el punto de vista de su presentación formal, poseen carácter epidémico, no tienen localización subjetiva, ni envoltura delimitada, por lo cual no conllevan una implicación subjetiva que divida al sujeto (Stevens, 2001). Desde el punto de vista de su estructura, se diferencian del síntoma clásico freudiano como formación del inconsciente e interpretable. Emergen como modos de goce, ajenos a la interrogación del sujeto y no convocan a la interpretación. También son llamados síntomas “de la no inscripción” (Freda, 2009, p.13) del deseo en el campo del Otro o “del lazo social” (Deltombe, 2009, p.101; 2010, p.63).

En la adolescencia la confrontación con las figuras parentales así como la afirmación de nuevas identificaciones junto con la novedad que instaura la pubertad en los jóvenes (Lacadée, 2007; Stevens, 2001) configura una constelación en donde la presencia del malestar no siempre es subjetiva sino que

son otros los que lo determinan como tal. Robos, fugas repetidas del hogar, actos de violencia, situaciones de errancia prolongada, accidentes diversos, aparecen, junto al consumo de sustancias, como manifestaciones o conductas llamadas “de riesgo” por antropólogos, psicólogos y psicoanalistas (Lacadée, 2007; Le Breton, 2007, 2011, 2013, 2014a, 2014b). Muchas de ellas denuncian una forma de llamado al Otro familiar, social o institucional o son expresiones de problemáticas de filiación y transmisión (Brousse, 1998).

1.2.1. Perspectivas sociológicas y antropológicas

Debemos recordar que estas conductas no son una categoría específica del psicoanálisis. Le Breton (2007) es uno de los autores que, desde la antropología y la sociología, plantea que este conjunto de conductas se presentan en el momento de pasaje de la adolescencia ligadas a la exposición por parte del sujeto a una alta probabilidad de lastimarse o morir, de perjudicar su propio futuro o poner en peligro su salud o su potencialidad personal. Se originan en el contexto de la indiferencia familiar, el abandono, el sentimiento de exclusión al mismo tiempo que en el marco de la sobreprotección (Le Breton, 2007). Expresiones de “lo que no marcha” (Sosa, 2008, p.11) pero que, al mismo tiempo, el adolescente no puede subjetivar como malestar. Realizadas muchas veces en el marco del silencio, alteran profundamente la integración social del joven, siendo el abandono de la escolarización uno de los ejemplos más frecuentes (Moreira Mora, 2007).

Como recién decíamos, el sociólogo y antropólogo Le Breton (2011, 2013, 2014a, 2014b) ha abordado profundamente esta problemática desde la sociología y la antropología. Distingue así cuatro figuras antropológicas para la comprensión de las conductas de riesgo de los adolescentes. Aquéllas son la ordalía, el sacrificio, la blancura y la dependencia.

La ordalía es un modo de jugar “el todo por el todo”, el poner y ponerse a prueba en búsqueda de una legitimación para vivir, examen en que el joven fracasa ya que el lazo social se ha mostrado “impotente” en dársela, o que el sujeto ha perdido y que no ha podido restablecer. Poniéndose en peligro, cuestiona simbólicamente la muerte para garantizar su existencia y se orienta a relanzar el

sentido. Todas las conductas de riesgo de los jóvenes poseen una tonalidad ordálica, nos dice Le Breton (2014a). La exposición al peligro pretende expulsar lo intolerable para hallar sosiego y, agrega, “Al término de la prueba está no sólo el poder de sobrevivir, sino también el impacto renovado de lo real que proporciona una detención a la interminable caída en el sufrimiento” (Le Breton, 2014a, p.103).

El sacrificio juega la parte por el todo. El joven abandona una parte de sí para salvar la esencial, lo cual se observa en las adicciones (entre las que incluye a la toxicomanía, anorexia y alcoholismo). Este acto conlleva una expulsión de la vida cotidiana, donde el joven se beneficia de una transformación proporcional a la significación de aquello que sacrificó (Le Breton, 2013). En este marco también se destacan las escarificaciones, donde el sujeto se inflige una herida para aliviar un padecimiento. Aquí el autor señala que en estos jóvenes se presenta la posibilidad de un pasaje de la zona de turbulencia hacia “un renacimiento al mundo a través de recursos de sentido renovados” (Le Breton, 2014a, p.103). En el sacrificio no hay por parte del joven una voluntad definida de cambio ya que ignora lo que persigue, no teniendo una conciencia clara de la significación que busca.

La blancura (o el borramiento) se refiere a la borradura de sí en la desaparición de contratos identitarios. El abandono de determinadas identificaciones, como el de ser “el hijo” o “la hija”, “el alumno” o “el estudiante” y la huida de su historia, su nombre, su ser y su medio afectivo. Le Breton (2014a) subraya cómo este tipo de figura aparece en las conductas de errancia, las intoxicaciones alcohólicas o sobredosis por drogas. Buscar el coma y no más las sensaciones es el fin que se persigue. El interés está puesto en no ser más “sí mismo” para no verse afectado por las dificultades de su entorno. “La blancura es un embotamiento, un dejar caer nacido de la impotencia para transformar las cosas” (Le Breton, 2014a, p.104). Estado transitorio, sin embargo denuncia el “congelamiento” (el autor habla de “glaciación interior”) en el pasaje del sí mismo al contacto con el mundo exterior, buscando convertirse en diáfano, transparente.

Finalmente, la dependencia se vincula con la modalidad de relación que el joven tiene con un objeto determinado que orienta totalmente su existencia pero que a la

vez puede controlar a voluntad y de modo permanente: droga, alcohol, alimento, escarificaciones, etc., por los cuales decide a su gusto los estados de su cuerpo. Frente a lo inasible de sí y del mundo, el adolescente opone lo concreto de su cuerpo, evitando investir el entorno. Objetos o sensaciones que le procuran la impresión efímera de pertenecerse y de incluirse en el mundo son ubicados en relaciones de dependencia como un modo de control sobre la vida cotidiana.

Al mismo tiempo este autor (Le Breton, 2013) señala una cuestión que luego constataremos en nuestra investigación respecto a las formas de presentación de las conductas de riesgo según el género:

Para las muchachas (Aït el Cadi, 2003; Sellami, 2011) toman las formas discretas, silenciosas (trastornos alimentarios, escarificaciones, intentos de suicidio...), mientras que para los varones, estas conductas son la exposición de sí, frecuentemente bajo la mirada de los pares (suicidios, violencias, delincuencia, provocaciones, desafíos, alcoholización, velocidad en las rutas, toxicomanías) (p.4)²⁸.

1.2.2. En el campo del Psicoanálisis

Varios autores han destacado la importancia que Winnicott ha tenido respecto al análisis de las presentaciones psicopatológicas de la adolescencia (Lombardi Soulier, 2004; Sauvagnat, 2004). Winnicott hacía así referencia a “un tipo de enfermedad que sería inadmisibles omitir en una formulación sobre la adolescencia: me refiero a la delincuencia” (1965/2006, p.124). A su vez también destacaba las conductas antisociales en la adolescencia (Winnicott, 1956/1976), referidas no a una delincuencia organizada sino a un comportamiento derivado de privaciones e insuficiencias en los cuidados maternos. Expresión de una protesta o reivindicación de estas carencias que aparecía como una conducta de llamado. En este sentido, “el objeto de reivindicación es el valor, el precio que el sujeto mismo pueda tener en el seno de la constelación familiar y parental en la cual vino al mundo” (Sauvagnat, 2004, p.20). En este aspecto, subrayaba la búsqueda de un

²⁸ La traducción es nuestra.

reconocimiento de la deuda que el mundo tenía para con él (Golse & Braconnier, 2012).

Dolto (1988/1990), más tarde, planteaba que la sociedad occidental contemporánea no podía ofrecer a los adolescentes el equivalente de los ritos de iniciación, que en otra época delimitaban el momento de pasaje y ruptura con la niñez. Con respecto a ellos, aseveraba que

era un acontecimiento que marcaba, y la sociedad les consideraba entronizados, es decir, que habían superado la iniciación que permite convertirse en adolescente a partir de dicho paso. Tanto si estaban preparados interiormente como si no, los adultos les concedían el derecho a acceder a ella. Reducidos a sí mismos, los jóvenes de hoy no son conducidos juntos y solidariamente de una orilla a la otra; y se ven obligados a conseguir este derecho de paso por sí mismos. Esto exige de su parte una conducta de riesgo (Dolto, 1988/1990, p.17).

Insistía, con respecto al final de la adolescencia, que la sociedad no lo sanciona antes de cumplir determinada edad, los 16 años. Y agregaba que el adolescente “no encuentra en Occidente soluciones legales para abandonar a sus padres asumiendo su condición de aparecer como un marginal, como un delincuente o a cargo de alguien que quiere ocuparse de un adolescente en peligro de perversión” (1988/1990, p.21).

En la actualidad, desde un punto de vista psicoanalítico freudo lacaniano consideramos que estas conductas en muchos jóvenes se inscriben en la pendiente de la desorientación y la errancia por la conmoción del aparato identificador que se producen no sin tener en cuenta el contexto simbólico que ha ofrecido respuestas en el curso de su vida (Amadeo de Freda, 2015; Stevens, 2003). En consecuencia, nos hallamos frente a una falta de implicación subjetiva correlativa de la fragmentación o diseminación de referencias simbólicas universales (Soler, 2000) que habiliten al sujeto a inscribirse en el mundo regido por ideales o principios organizadores de su existencia (Stevens, 2001).

Lacadée (2007), psicoanalista francés, también aborda la transición que implica la adolescencia y sus avatares. El joven en el momento de la pubertad se ve

confrontado con la emergencia de lo real, de lo indecible e insoportable, que exige un trabajo de reorganización subjetiva. Este real, fuente de angustia, se encuentra en el inicio de las conductas de riesgo. El momento de separación de los significantes amo que sostenían al sujeto hasta entonces implica para el joven la vacilación y la desorientación, lo cual puede conducir a la fuga, la errancia (Sauvagnat, 2004) o la denominada depresión (Skriabine, 2006). Lacadée (2007) destaca que el objetivo central de la adolescencia es buscar “el lugar y la fórmula”, un punto donde alojarse y un modo de saber hacer. Este conjunto de expresiones se presentan como una forma de recurso simbólico, compensación ante la insuficiencia de límites y referencias significantes que permitan orientar el malestar. Resultan así intentos de inclusión “salvajes” en el mundo, modos de organizar en forma de rituales de iniciación el pasaje a la edad adulta (Lacadée, 2007; Mitre, 2014). Circunscribiéndose a las fugas y errancias de los jóvenes, pueden también ser definidas como pantomimas, que se presentan como respuesta frente a la irrupción de lo real, “al exceso de goce que invade su cuerpo y lo deja fuera del discurso” (Lacadée, 2007, p.30). En consecuencia, las conductas de riesgo se presentan en el momento donde el sentimiento de vacío emerge como una experiencia de sin sentido ante la cual es necesario responder. Separarse de aquél que él fue como niño tomado desde el discurso del Otro pone al descubierto un agujero en la significación. En consecuencia, son síntomas que evidencian una clínica del Ideal del yo, vinculado con la función del Nombre del Padre.

Precisamente, vinculada con la importancia de Ideal del yo en la adolescencia, se destaca la jerarquía que posee el significante del Nombre del Padre en la orientación de este Ideal. Recordemos que la salida de la adolescencia implica la posibilidad de “poder constituirse un nuevo Ideal del yo, hacer una nueva elección con el significante: un nombre, una profesión, un ideal, una mujer” (Stevens, 2001, p.18). Sin embargo, esta cuestión se ve dificultada en la actualidad. Las características de la sociedad hipermoderna contemporánea, las cuales anteriormente señalábamos, que obedecen a la lógica del hiperindividualismo, la permisividad, la confusión de roles y de identidades (Cottet, 2008; Lipovetsky,

2000, 2007), por un lado, y los imperativos de goce, que se imponen sobre la pregnancia de las referencias ideales, por el otro, son correlativos de la fragmentación social y el desfallecimiento del Otro como referente simbólico (Miller, 2005; Soler, 2000, 2011).

El contexto actual aparece signado por elementos que contribuyen a la ausencia de valores simbólicos otrora vigentes fundamentales para la constitución subjetiva. Por un lado, los cambios sobrevenidos en los roles familiares promueven las identificaciones horizontales entre generaciones de padres e hijos, favoreciendo las conductas de desorientación de las jóvenes generaciones en constante necesidad de marcas simbólicas, particularmente en un momento donde se produce el encuentro con un agujero en el saber (Lacadée, 2007). Del mismo modo, las dificultades para consolidar un vínculo de autoridad entre alumno y profesor en el ámbito educativo contribuyen a la necesidad de utilizar otros medios para encontrar una salida a esta situación de indeterminación y angustia concomitante. Ya mencionamos cómo Freud (1914/1991d) consideraba la relevancia en la adolescencia de los maestros y profesores como sustitutos del padre y responsables de la salida de la adolescencia al mundo. Actualmente el prestigio del cuerpo docente y su autoridad está erosionado, convirtiéndose su discurso en algo banalizado y desacralizado, instalado en el mismo plano que el de los mass media (Lipovetsky, 2007).

Esta cuestión está en consonancia con la prolongación de la adolescencia, tal como señalan Miller (2015) y Stevens (2013), en tanto consideran las dificultades del joven con respecto a la separación de sus padres y su posición subjetiva de irresponsabilidad en relación con las exigencias de la sociedad actual. La ausencia de ritos de transición delimitados en la época freudiana que faciliten la transición y un cambio de estatuto del joven a la edad adulta se destaca también en la cultura contemporánea (Le Breton, 2014a, Mendoza & Rodríguez Costa, 2010; Sosa, 2004), como ya anunciábamos. En la actualidad, tal como destacábamos, nuestras sociedades occidentales exhiben una fragmentación de coordenadas o multiplicación de ideales (Soler, 2000, 2011), que dificultan la orientación en el papel del adolescente y su posición ante la sociedad, a excepción de la mayoría

de edad a los 18 años, constituyendo la adolescencia un “pasaje sin balizas” (Le Breton, 2014a, p.61).

En definitiva, en los llamados “nuevos síntomas”, como lo señala Dhéret (Lacadée, 2009, p.68), se trata de experiencias que ponen en juego “un goce ilimitado, como formas de goce sin el otro, sin partenaire”. Pero que muestran a la vez, la paradoja de goces solitarios que expresan un rechazo a la medicalización, que suele ser promovido a través de la difusión por medio de la Web, cuyas páginas convocan al público glorificando el consumo y la realización de estrategias para lograr una mayor satisfacción. Estrategias que se plasman en un adelgazamiento extremo, en el consumo de sustancias, o en el modo de efectuar cortes o quemaduras en el cuerpo. El Otro anónimo de la red no impide que estos sujetos mantengan su posición de evitar el encuentro o la mediación del Otro para lograr sus fines, rasgo que se presenta en diferente tipo de adicciones, como lo veremos más adelante.

Frente a este panorama nos interrogamos acerca de qué modo sustituyen hoy los adolescentes la autoridad paterna, en el caso en que se produzca algún tipo de sustitución. Asistimos en el presente a una crisis de lo simbólico a nivel de los ideales, del padre, de la palabra, de la figura del maestro como transmisor de emblemas identificatorios. Los adolescentes se comportan en consecuencia a partir de imperativos signados por las pautas que rigen en el ámbito deportivo y empresarial (Cottet, 2008). La emergencia de esta nueva economía de goce propia de la estructura de discurso del capitalismo se centra en la liberación de los objetos de consumo y su vinculación con un superyó tiránico que exige gozar siempre más (Tarrab, 1995). El sufrimiento tiene vedadas las puertas de entrada en este contexto hedonista, siendo la exigencia de gozar la norma que impone su ritmo de modo tiránico (Miller, 2005). La primacía de lo imaginario por sobre lo simbólico es una de las formas de dar tratamiento a ese real que implica la pubertad. En este sentido, e-mail, chat, blogs, fotologs y redes sociales son utilizados como modalidades de hacer lazo social (Belçaguy, Cimas, Cryan & Loureiro, 2015). Maneras que tienen los adolescentes de enfrentar la época en la que el individualismo y el empuje a gozar se presentan como mandatos del discurso capitalista, con el riesgo de que el cuerpo o la imagen corporal sean

tomados como objeto de consumo a la vez que intentan evitar el riesgo del encuentro contingente con el otro sexo (Sinatra, 2014).

En consecuencia, el adolescente, sin las referencias de identificación preteritas, se vale de los objetos de consumo como la droga y dispositivos tecnológicos (Vuanello, 2012), marcas en el cuerpo como los tatuajes y piercings, bandas de adolescentes, y de nuevas formas de familia para sustituir la falta de ideales (Sinatra, 2014). La autoridad es cuestionada en diversos niveles de la vida social, y esto repercute especialmente en ciertos jóvenes que han padecido de carencias importantes en su captura por el discurso del Otro en términos de filiación y educación (Lacadée, 2011). Asistimos en ciertos adolescentes a manifestaciones de desafío y provocación que solo traducen sus intentos de separarse del Otro familiar sin lograrlo, y que frecuentemente sólo consiguen sanciones legales que aumentan el proceso de marginalización en el que se inscriben (Deltombe, 2010). La necesidad de estos adolescentes de ser vistos y reconocidos de una manera especial, de buscar una identidad que se les escapa, los conduce a privilegiar las figuras de pares y semejantes, sometiéndose en ocasiones a modalidades imperativas de solidaridad o de obediencia que evita plantearse los nuevos problemas a los que debe enfrentar sin contar con referencias previas (Sinatra, 2014). Los imperativos de la época, que ordenan consumir para lograr la felicidad, reclamada como un derecho, presentan a su vez un valor fundamental, del que les resulta imposible sustraerse.

En este contexto, la toxicomanía y el alcoholismo que aparecen ilusoriamente como soluciones que borran las inquietudes y las manifestaciones de angustia agravan el problema de la marginación de ciertos sujetos que atraviesan su adolescencia, en la medida en que se acompañan muchas veces de efectos de identificaciones recíprocas y de compromiso con el grupo que reivindica una situación valorada ligada a la segregación, a la marginalidad (Deltombe, 2010; Naparstek, 2006) y al no querer “saber nada” (Deltombe, 2009, p.102).

2. El consumo de sustancias: uso, dependencia y función

2.1. En el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría contemporánea: consumo, abuso y adicción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) el uso o consumo de una sustancia puede poseer diversas formas: experimental, ocasional, habitual y adicción. Por otro lado, también puede distinguirse entre uso (o consumo), consumo problemático, abuso, dependencia y adicción.

Es interesante poder definir estos términos por razones ligadas a nuestra investigación. En primer lugar, su actual vigencia, propagación y divulgación. Son conceptos básicos en mucha de la literatura que se ocupa de esta problemática (Arnoult, 2011). Al mismo tiempo suelen tener pregnancia entre los pacientes que asisten a hospitales especializados en drogodependencias y son utilizados muchas veces por los profesionales de los mismos para el establecimiento de categorías diagnósticas (Zamorano, 2014). En segundo lugar, el análisis crítico que proponemos a partir de estos significantes será relevante cuando nos dediquemos a los resultados²⁹. Problematizar estos sintagmas, a veces fijos, es una forma de poder también pensar la clínica de las llamadas “adicciones” y, en este caso, sus implicancias en la población adolescente.

En principio nos detendremos en qué entendemos por sustancia o droga “psicoactiva”. Para la OMS (1994) es la “sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad” (p.58).

Si consideramos como criterio del efecto que producen las drogas, podemos diferenciar tres grupos: depresoras, estimulantes y alucinógenas (Gisbert Calabuig, 1998). Las primeras (alcohol, benzodiacepinas o clonazepam, inhalantes y opiáceos) disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo alteración de la concentración, disminución de la apreciación de los estímulos externos, relajación, sensación de bienestar, apatía, y disminución de la tensión. Las drogas estimulantes (nicotina, cafeína, cocaína)

²⁹ Hemos dedicado los dos capítulos de la Parte II de esta tesis a la exposición de los resultados teórico-clínicos obtenidos.

aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, e inquietud. Las alucinógenas (marihuana, floripondio, drogas de diseño) actúan sobre el sistema nervioso central provocando alucinaciones o ensueño. Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, distorsionan la percepción de la realidad y producen la exageración de las percepciones sensoriales, especialmente de los sentidos de la vista y del oído. Debemos sin embargo mencionar que la marihuana es considerada tanto una droga depresora como alucinógena, a partir de los efectos que provoca a nivel neuronal.

La sustancia como tal puede ser legal o institucionalizada (alcohol, benzodiacepinas, anfetaminas) o no institucionalizada o ilegal (heroína, cocaína, marihuana en nuestro país). Debe aquí señalarse que la sustancia no posee una cualidad intrínseca, buena o mala, sino que su carácter está atravesado por el contexto social y cultural así como por las coordenadas subjetivas del que hace uso de ella. Como nos dice Eira Charquero (2013, p.24): “El complejo “Droga” trasciende los aspectos farmacológicos. Incluye, produce, y captura, dimensiones que escapan a la naturaleza de las sustancias. Trasciende las complicaciones médicas, epidemiológicas, jurídicas, y geopolíticas a las que su uso parece conducir”.

Escohotado (1996) también reafirma esta concepción cuando nos dice

Oímos hablar de drogas buenas y malas, drogas y medicinas, sustancias decentes e indecentes, venenos del alma y curalotodos, fármacos delictivos y fármacos curativos. El específico efecto de un compuesto es ignorado y sobre esa ignorancia recaen consideraciones extrañas a la acción de los fármacos (p.30).

Estas consideraciones las retomaremos cuando abordemos la sustancia y sus implicancias para el psicoanálisis y, sobre todo, la función del tóxico.

En cuanto al consumo, la OMS (1994, p.25), lo define como la “autoadministración de una sustancia psicoactiva”, la cual puede ser de diversos tipos. Como ya

adelantábamos, se distinguen el experimental, ocasional, problemático, habitual y adicción. Asimismo, el consumidor es la persona que utiliza un fármaco o sustancia con la finalidad de obtener un efecto determinado.

El consumo experimental se refiere a las primeras veces que se consume una determinada droga. Aquí el uso de la sustancia es inconstante e infrecuente. A partir de esta definición puede también hablarse de “consumidor experimental” o “experiencial”, aquél que prueba la droga para lograr diversas experiencias, sin continuar su uso. El consumo social u ocasional hace referencia a que la ocasión determina el uso de la droga. El consumidor de este tipo repite el consumo cada vez que se reiteran ciertas condiciones: factores sociales, disponibilidad, presión del grupo, entre otras. El consumo habitual es el hábito regular del uso de un tóxico. La habituación se trata del “efecto de acostumbrarse a una conducta o un estado, incluido el consumo de sustancias psicoactivas. En el contexto de las drogas, el término tiene connotaciones de dependencia” (OMS, 1994, p.38). Para establecer la dependencia la OMS se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1995), que luego retomaremos. Es entendida como

el grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (p.182).

La dependencia (Salazar, Ugarte, Vásquez & Loaiza, 2004) puede ser física (centrada en los efectos físicos de los múltiples episodios de uso de la sustancia) o psicológica (vinculada a actividades de búsqueda del tóxico y a la evidencia de formas de uso problemáticas y/o patológicas del mismo). En el caso del consumidor habitual, se presenta, según la OMS (1994), dependencia psicológica. Se diferencia de la adicción en la “ausencia de dependencia física, en que no existe compulsión a tomar la droga, sino mero deseo, y en que la tendencia a aumentar la dosis es escasa o nula” (OMS, 1994, p.38).

La adicción, entonces, hace alusión al consumo reiterado de una o varias sustancias (OMS, 1994),

hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (...) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (p.13).

La dependencia en este caso suele ser tanto psicológica como física. Se destaca la presencia de una importante tolerancia a la sustancia y la experiencia de abstinencia cuando el consumo se interrumpe. La existencia del sujeto se ve regida por el consumo de la droga, excluyendo el resto de actividades y responsabilidades. “La «necesidad irresistible» de consumo (*craving*) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias” (DSM IV, 1995, p.182). Podemos entonces aseverar una asimilación entre los términos “adicción” y “dependencia” (o “drogodependencia”). A su vez, en francés, el término utilizado es el de “toxicomanía” o “adicción a las drogas” (OMS, 1994, p.61).

Volviendo a la concepción de dependencia de sustancias que se sostiene tanto desde la OMS (1994) como desde el DSM IV (1995), podemos destacar sus características. Es descripta como “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos” (DSM IV, 1995, p.187), el cual se manifiesta a partir de ciertos indicios que el manual especifica. Los siguientes son los “ítems” (al menos tres) que el comportamiento del paciente debe presentar para poder pensar, en el momento del diagnóstico, en una dependencia de sustancias:

1. Tolerancia (en relación con las cantidades utilizadas y los efectos provocados por el uso continuado de la sustancia).
2. Abstinencia.
3. Aumento en la cantidad y/o la frecuencia del consumo de la sustancia.
4. Persistencia de deseo de consumo y/o intentos fútiles de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Elevado empleo de tiempo en actividades vinculadas con la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de los efectos de la misma.
6. Reducción de actividades importantes en los ámbitos social, laboral o recreativo a partir del consumo de sustancias.
7. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de la comprobación personal de la existencia de problemas físicos o psicológicos reiterados, que aparentan ser ocasionados o agravados por el consumo de la sustancia.

Otra distinción es la que propone sobre la diferencia entre uso, consumo problemático, abuso y adicción.

El consumo problemático es el uso de la sustancias que acarrea algún tipo de problema (individual o colectivo) de salud o social. Es un sintagma que actualmente se utiliza en vez de hablar de adicción o drogodependencia, los cuales son considerados estigmatizantes (OMS, 1994).

En este aspecto es interesante lo que plantea, desde el ámbito de la comunicación, Arnoult (2011, p.243): “La toma de conciencia de un consumo problemático del alcohol, en la adolescencia, es relativamente reciente. Podemos decir que este problema no tiene todavía ninguna visibilidad social en los años 90 y a principios de los años 2000”³⁰.

¿Qué significa consumo problemático de sustancias? La OMS (1994) especifica, circunscribiéndolo al uso del alcohol:

Este término se viene utilizando desde mediados de la década de los 60 en un sentido más general para evitar hacer referencia al concepto del alcoholismo como enfermedad. En ciertos contextos, el consumo problemático de alcohol se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida. Las formulaciones que se utilizan para evitar el “estigma” inherente al término son “problemas relacionados con la bebida” y “problemas con la bebida” (p.27).

³⁰ La traducción es nuestra.

Por otra parte, el abuso de sustancias hace referencia a un uso excesivo de las mismas que se manifiesta por significativas y repetidas consecuencias adversas vinculadas con el consumo reiterado de sustancias. Aquí se establece una distinción respecto a los criterios utilizados para delimitar la dependencia de sustancias, ya que “los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido” (DSM IV, 1995, p.188). El abuso puede manifestarse en las siguientes modalidades:

1. El uso repetido de tóxicos provocando el incumplimiento de compromisos y obligaciones laborales, escolares o domésticos (por ejemplo, ausencias reiteradas, suspensiones o expulsiones de instituciones educativas o del trabajo a partir de problemáticas ligadas a la sustancia).
2. La utilización de la sustancia en circunstancias donde realizarlo conlleva un riesgo o peligro (por ejemplo, hacerlo previamente o en el momento de conducir un vehículo bajo los efectos de la sustancia).
3. Las consecuencias en el ámbito legal y jurídico (encarcelaciones, conductas de riesgo a partir del consumo, por ejemplo).
4. La continuidad reiterada del consumo de la droga, sin tener en cuenta las problemáticas que el consumo ha acarreado a nivel social e interpersonal promovidos por los efectos de la misma (violencia doméstica, entre otras).

El abuso, a su vez, puede vincularse a la situación de intoxicación por sustancias. Su característica esencial es la presencia de aparición de un conjunto de síntomas específico reversible ligados a la ingestión reciente de una determinada sustancia (DSM IV, 1995). Es el estado ulterior a la administración de un tóxico que provoca modificaciones en diferentes niveles: conciencia, cognición, percepción, juicio, afectividad, comportamiento y otras funciones psicofisiológicas (OMS, 1994). Estos cambios se deben al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, cambios que suelen implicar un deterioro en los niveles mencionados.

El abuso de sustancias suele aplicarse en relación con el consumo de alcohol. La intoxicación alcohólica se manifiesta con diversos síntomas (euforia, aumento de

la actividad, locuacidad, marcha inestable, lentitud de las reacciones, alteración del juicio, incoordinación motriz, pérdida del conocimiento, entre otros).

Precisamente, el abuso de sustancias, específicamente en el caso del uso del alcohol, se relaciona con el llamado “*binge drinking*” (OMS, 1994, p.26). El sintagma *binge* (atracón, consumo de dosis altas) *drinking* (que deriva de drink, beber) es un término anglosajón que designa el hecho de beber grandes dosis de alcohol lo más rápido posible para alcanzar el estado de ebriedad. En Francia, por ejemplo, como indica Arnoult (2011), los organismos gubernamentales subrayan

la especificidad de este comportamiento contemporáneo: contrariamente a las generaciones precedentes que utilizaban el alcohol para facilitar la relación al otro, “ahora, el héroe es el que se desmaya primero” (Defensoría de Niños, 2007, p.32) con la consecuencia de un aumento de hospitalizaciones en urgencia por ebriedad o coma etílico, las cuales se han multiplicado por dos (estimamos que las internaciones por ebriedad en los casos de menores de 15 años y en los de entre 15 y 24 años aumentaron un 50% entre 2004 y 2007)³¹(p.352).

Asimismo, se destacan los riesgos ligados al consumo de alcohol, entre ellos, los accidentes en las rutas (Bailly, 2009), el coma etílico ya mencionado, o los intentos de suicidio cuando el alcohol es mezclado con otras sustancias psicoactivas (Arnoult, 2011). Bailly (2009) considera que al terminar el periodo adolescente entre 40 y 45 % de los accidentes mortales estarán asociados a un exceso del consumo de alcohol (Arnoult, 2011).

En consonancia con estos hallazgos, si consideramos el tipo de sustancias, actualmente la prevalencia de su consumo en adolescentes ha sido formalizada por diversos estudios que privilegian, en primer lugar, el uso y abuso del alcohol en la población adolescente (Carreter Parreño et al., 2011; Paulone & Candiotti, 2006), seguido de la marihuana, drogas de diseño, opiáceos y cocaína (Cáceres et al., 2006). Otros autores señalan la “naturalización” (Costa & González, 2008, p.295) del consumo de bebidas alcohólicas, asociada a las cantidades ingeridas o

³¹ La traducción es nuestra.

a la pertenencia a la categoría de drogas legales. Dentro del modo de consumo, se destaca el uso de múltiples sustancias o policonsumo (Murillo Castro, 2013; OMS, 1994; Vázquez Fernández et al., 2014) para potenciar o contrarrestar los efectos de otra sustancia o sin asociación entre los tóxicos.

Si tenemos en cuenta el género o sexo de adolescentes que utilizan sustancias, estudios vigentes describen su aumento actual particularmente en varones, aunque se señala el incremento progresivo en las mujeres (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006; Míguez, 2000; ONUDD, 2013; Paulone & Candioti, 2006; SEDRONAR, 2014, USPPA, 2009, 2011). A su vez, publicaciones recientes destacan las particularidades del uso del tóxico en el sexo femenino (Boucquey, 2003; Eydoux, 2014; Thomas, 2006).

Previamente hacíamos referencia a los nuevos síntomas, específicamente en la adolescencia. Si volvemos nuestra mirada sobre el Manual Diagnóstico de la Psiquiatría (DSM IV, 1995), debemos mencionar cómo categoriza estas modalidades sintomáticas. No nos detendremos en los trastornos de la conducta alimentaria, sino en los trastornos por consumo de sustancias. Muchas de las presentaciones clínicas vinculadas al mismo son clasificadas a partir de las sustancias involucradas (alcohol, alucinógenos, cocaína, cannabis, nicotina, anfetamina, etc.). De este modo, los trastornos de este tipo dependen de los efectos que el fármaco, droga, o tóxico tenga en cada individuo particular.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos (DSM IV, 1995):

trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias) (pp. 181-182).

El trastorno por dependencia de sustancias alude a un conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, donde el sujeto continúa consumiendo la/s sustancia/s a pesar de las problemáticas que le acarrea.

El trastorno por abuso de sustancias se caracteriza por la preeminencia de un “patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias” (DSM IV, 1995, p.188).

Ya hemos establecido algunos de los criterios utilizados para la delimitación de estas categorías, a los cuales podemos agregar los siguientes (DSM IV, 1994):

1. La existencia de pruebas (a partir de de la exploración física, o de los hallazgos de laboratorio) de, o bien síntomas que se presentan durante una intoxicación o abstinencia de sustancias, o bien, de que la medicación está asociada etiológicamente con la aparición del trastorno.
2. El trastorno no puede explicarse mejor por la existencia de un trastorno que no esté inducido por sustancias, teniendo en cuenta el momento de la emergencia de los síntomas, su persistencia y su presentación formal.

2.2. Perspectiva sociológica: la carrera de la droga versus la teoría de la escalada

El modelo lineal de la “desviación” o “patología” asociado al consumo de drogas, particularmente la marihuana en la adolescencia, ha sido cuestionado desde los años 60 por perspectivas sociológicas que lo consideran reducido, ya que privilegia a la toxicomanía o a las adicciones, es decir, un consumo de los productos que conduce a la dependencia (Arnoult, 2011). Debaten esta concepción o teoría de “la escalada” que sostiene que consumir drogas “blandas” (como la marihuana) conduce ineluctablemente a hacerlo con productos más “duros” (las llamadas drogas “duras”, como la cocaína y la heroína) y en cantidades más importantes. En otros términos, todo consumidor de marihuana sería un futuro toxicómano. La palabra “escalada” se utilizó como un forma análoga al montañismo, referido al proceso por el cual quien se iniciaba en el consumo de drogas (aludiendo generalmente a los derivados del cannabis) progresaba secuencialmente hasta la heroína (Vázquez & Becoña, 2000).

Becker (1985) problematiza este estereotipo de la escalada justificando la importancia de la utilización de un modelo diferente, que implica un análisis

secuencial del consumo de drogas, una “carrera”, concepto extraído de la obra vinculada a la sociología del trabajo de Everett Hughes. En términos de una secuencia distingue el fumador de marihuana inicial, el ocasional y el regular, cada etapa corresponde a diferentes modalidades de uso. Encontrarse en una fase en un momento dado no significa que se pasará necesariamente a la siguiente. De manera tal vez simplista explica el comienzo del consumo de marihuana por la curiosidad y agrega que la motivación para continuar en la carrera aparece a medida que se desarrolla la experiencia. La carrera puede detenerse porque no procura placer, o por los riesgos que implica, pero puede proseguir si se construye una justificación para “neutralizar su sensibilidad” (Becker, 1985, p.97). Para este sociólogo norteamericano el consumo de marihuana no resulta de una predisposición psicológica o social, sino de un aprendizaje necesario para seguir en la carrera. El proceso es, como lo hemos destacado antes, reversible, y avanzar en el camino del consumo implica un trabajo de racionalización. En este caso, para justificar el consumo de marihuana los jóvenes recurren a la norma (todo el mundo fuma y la marihuana no crea dependencia, además su consumo es recreativo y colectivo). Conciben sus prácticas como resultado de una elección asumida y controlada, y rechazan el estereotipo del usuario-esclavo de su producto. El análisis del autor confirma que las explicaciones psicológicas del consumo no permiten dar cuenta de los usos sociales de la droga en la adolescencia. Esto coincide con la posición de algunos autores que consideran que los contornos de la adolescencia son difusos y es en los márgenes que se juegan los actos que se consideran desviados o patológicos, incluso potencialmente destructivos. El consumo en la adolescencia, cuando está vinculado a su uso festivo y colectivo, no es sinónimo de un “encierro en su fuero interior” (Ehrenberg, 1995, p.351), lo que cuestiona a su vez la figura del toxicómano-delincuente.

Otros autores (Caiata, 2002) en esta misma perspectiva distinguen los denominados “consumidores integrados” que diferencian de la toxicomanía o la adicción. Se trata en este último caso (los toxicómanos o adictos) de sujetos que organizan toda su existencia en torno a la búsqueda y el consumo de un producto,

mientras que la vida del consumidor integrado incluye diversas actividades que no se encuentran perturbadas por el uso de las drogas y sus intereses son variados. Esto no deja de implicar para estos últimos una tensión que obliga a emplear estrategias que permita conciliar el consumo con otros aspectos de su vida.

Autores como Ehrenberg (1995) conciben el uso de drogas, en los casos en que éste ocupa gran parte de la vida del sujeto y resulta indispensable, como una manera de adaptarse a las presiones sociales. En este sentido, según el autor, la dependencia de las sustancias psicoactivas es una manera de responder a las exigencias de la performance de la sociedad contemporánea. El consumo de drogas entonces no introduce contradicción alguna, sino que es “la puerta de acceso al universo de la conformidad” (Caiata, 2002, p.71). Esto conlleva asimismo la manera en que los sujetos se distancian de las normas sociales para constituir su propia normalidad, cuestión de interés para analizar algunos adolescentes que no pueden prescindir de la droga para existir, ya sea por la necesidad de calmar la angustia, o por la presión que experimentan para realizar diferente tipo de actividades, inclusive actos delictivos, siempre con la obligación que los presiona para lograr el éxito en sus objetivos. Dentro de esta problemática podemos incluir, considerando los desarrollos de algunos autores como los que ya hemos hecho mención, las conductas de riesgo adolescentes (Le Breton, 2014a, 2014b), comparadas con ritos de pasaje en una sociedad privada de referencias normativas. El consumo de drogas podría constituir a la vez un rito de pasaje y/o una “muletilla química”, tal como lo sostiene Caiata (2002, p.75).

2.3. En el campo del Psicoanálisis: consumo y toxicomanía

Freud, en *El malestar en la cultura* (1930/1979) ya advertía del uso del tóxico y de su función como lenitivo o medio para el logro de “una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior” (p.78). En ese mismo texto agregaba, respecto a los químicos y su influencia en el organismo:

los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación,

no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo.

El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. (...) existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer (pp.77-78).

Naparstek (2006, p.23) retoma estos lineamientos de Freud e insiste en que la intoxicación no se presenta como un método “simbólico, sino más bien un método que apunta a lo real, una operación real. No se intenta resolver el malestar desde el campo de la palabra, desde la sublimación”.

Previamente mencionábamos a la sustancia de consumo, droga o tóxico, muchas veces usados como sinónimos, a pesar de su distinción. Naparstek (2006), basándose en lo planteado por Freud (1930/1979) también subraya el doble cariz del narcótico: remedio y peligro. Otros autores, como Le Poulichet (1987/1996), refuerzan esta idea a través de los señalamientos de Derrida (1975/1997): “Ese *fármakon*, esa «medicina», ese filtro, a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia” (p.102), con sus efectos benéficos o maléficos.

Lacan (1976), más allá de no haber profundizado acerca de esta problemática, nos da una referencia fundamental al definir a la droga como “lo que permite romper el casamiento del cuerpo con la cosita de hacer pipí” (1976, p.268), es decir, con el goce fálico (Laurent, 1997).

En la toxicomanía notamos que el disfuncionamiento que implica no puede captarse por la articulación del lenguaje, contraponiéndose a la elaboración de saber (Miller, 2005). Coincidiendo con este planteo, Laurent (1997) nos indica que

no es un síntoma en el sentido freudiano y (...) no es consistente. Nada, en la droga, nos introduce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura (p.16).

Ruptura con el significante del Nombre del Padre aunque no por eso implique la constitución de una estructura clínica psicótica. También ruptura “con aquello que el fantasma supone objeto del goce en tanto que incluye la castración” (Laurent, 1997, p.19). La toxicomanía hace alusión a una utilización del goce fuera del fantasma, siendo un “cortocircuito”. En consonancia con esta elucidación, Miller (1995) plantea que el recurso a la sustancia es usado para obturarle al sujeto el acceso al problema sexual. Y agrega, haciendo referencia a la droga:

No es sin embargo una experiencia de lenguaje sino por el contrario lo que permite un cortocircuito sin mediación, una modificación de los estados de conciencia, la percepción de sensaciones nuevas, la perturbación de las significaciones vividas del cuerpo y del mundo (p.15).

Precisamente, estas cuestiones serán relevantes en el momento de considerar el dispositivo institucional de la clínica de la toxicomanía, como constataremos posteriormente. Dispositivo que puede incluir varios discursos, tales como el médico, el humanitario y el educativo, los cuales excluyen la dimensiones del sujeto y del goce en el consumo de la sustancia (Feldman, 1995). Freda (2009) plantea que si se utiliza como punto de referencia la droga, rápidamente emergerá un sujeto vinculado a la nominación e identificación de “yo soy toxicómano” (o adicto). Explicita que el ideal, el Gran Otro y el significante sólo le sirven al sujeto como justificación del uso del tóxico o como afirmación de su lugar como toxicómano (Miller, 2005). El discurso analítico, por el contrario, propone “deshacer la identificación” (Miller, 1995, p.20) y sus efectos de masificación (Laurent, 2000), y segregación (Naparstek, 2006), delimitar la función de la sustancia, suscitar un deseo de saber en el sujeto (Feldman, 2014), privilegiando un trabajo sobre el goce a partir del significante (Feldman, 1995) y la particularidad de cada caso. Estas elucidaciones las retomaremos en el momento de hacer alusión a los dispositivos terapéuticos grupales de la toxicomanía³².

Por otro lado, Naparstek (2006) afirma que

³² En el Capítulo 3. *La demanda terapéutica en centros especializados* de la Parte I.

el verdadero toxicómano manifiesta de una manera patética que con su patología prescinde del Otro del lenguaje, y busca una operación que no pase por allí, que prescinde del sexo y encuentra una respuesta libidinal diferente y (...) que podría aislarse totalmente del Otro social (p.24).

Esta consideración será puesta en suspenso en el momento de considerar las formas de presentación clínica del consumo de sustancias en la adolescencia, como veremos luego. En ese aspecto, resulta interesante mencionar aquí el aporte que realiza Zafiropoulos en su obra *El toxicómano no existe* (1988), donde intenta presentar el paradigma de una construcción de objeto propiamente freudiana, habiendo partido de una categoría del malestar creada desde el punto de vista del discurso médico-jurídico (el toxicómano) pero ajena al corpus del psicoanálisis clásico. Con referencia a esta cuestión, señala (Zafiropoulos, 2006):

El toxicómano no existe...para el campo freudiano. Aquello que sí existen son los sujetos que incluyen estrategias tóxicas (de las cuales la pluralidad es muy densa) como búsqueda de soluciones, soluciones ruinosas, pero soluciones igualmente, al modo de la lógica desdichada que era la suya antes del “matrimonio” con el tóxico. Y (...) este dolor anterior al tóxico muestra las lógicas estructurales del sujeto freudiano (neurosis, psicosis, perversión) de las cuales hay que saber reconocer la pregnancy cuando examinamos la coyuntura que determinará la alianza entre el sujeto y el tóxico o aún el momento de desencadenamiento de su toxicomanía (p.27)³³.

Frente a estas consideraciones nos preguntamos entonces si podemos hablar de adicción, toxicomanía o consumo de sustancias. Coincidimos con Zamorano (2014) cuando indica que este último sintagma permite introducir un quiebre en la cristalización de los términos adicción (o adicto) y toxicomanía, más allá de que ambos puedan ser utilizados en el momento de analizar presentaciones sintomáticas en la relación del sujeto con el tóxico. En el caso del concepto de toxicomanía “entraña el término “manía” que Lacan vinculó a una posición subjetiva de rechazo del inconsciente, cuestión absolutamente adecuada para pensar la posición de muchos de estos pacientes” (Zamorano, 2014, p.45).

³³ La traducción es nuestra.

Por otra parte, la palabra *adicto* proviene del latín *addictus* (el esclavo de la Antigüedad que debía pagar con su cuerpo la deuda contraída). Hace alusión a los sentidos de la entrega, la asignación, o la adhesión. De este modo, señalamos que la adicción es un

“término jurídico y del derecho romano, designa (...) especialmente el “arresto subsidiario” ejercido sobre un sujeto debido a una deuda que no puede pagar. El sustantivo latino *addictus*, del cual deriva, significa además “deudor” después de haber tenido el significado fuerte de “esclavo por deuda”. (Grunbaum, 2014, p.110)

2.3.1. El consumo de sustancias en la adolescencia: coyuntura de inicio y función de la droga

Un punto de partida para analizar el consumo de sustancias en la adolescencia es considerar la coyuntura de inicio del uso de la droga. En distintas investigaciones se señala el comienzo temprano del consumo de sustancias entre los 12 y los 17 años (Cáceres et al., 2006; Carreter Parreño et al., 2011; Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003; ONUDD, 2008; Paulone & Candioti, 2006; Sinatra, 1991; Vázquez Fernández et al., 2014). Esta constatación empírica la retomaremos cuando estudiemos el material clínico delimitado³⁴.

Por otra parte, si circunscribimos la problemática del consumo de sustancias al periodo de la adolescencia, ya hemos delimitado en trabajos anteriores, coincidiendo con Sosa (2004), diversas funciones de la sustancia para los adolescentes (Fernández Raone, 2012a, 2016): modalidad de rituales de iniciación o de paso al mundo de los adultos; forma de lidiar con el malestar frente a episodios problemáticos o crisis de angustia; identidad a partir del consumo; desafío a la autoridad; una vía de obtención de placer y de acceso a la “diversión”; “un medio de acceso al otro sexo” (Sosa, 2004, p.15).

En este periodo de transformaciones subjetivas en muchos casos se precisa apelar al tóxico tanto para obturar la angustia que produce la confrontación con el deseo del Otro (aparición de la pregunta por el sexo y la relación con el otro

³⁴ En los capítulos 1 y 2 de la Parte II.

partenaire) como para enfrentar la autoridad parental en búsqueda de nuevos ideales o referentes identificatorios (Sinatra, 1991; Sosa, 2004). Justamente, cuando en el sujeto se inaugura un momento donde se ve confrontado a las elecciones que se le plantean imperativamente (Naveau, 1996), donde se resignifican los referentes simbólicos pretéritos y se cuestionan, conmueven o afirman identificaciones con el Otro parental. Estos casos no son necesariamente patológicos, sino “formas particulares de presentación- en nuestra cultura - de la adolescencia como síntoma de la pubertad” (Sosa, 2004, p.15). Este planteo está en consonancia con las consideraciones necesarias que deben tenerse en cuenta en las presentaciones clínicas de jóvenes que consumen algún tipo de tóxico.

Sin embargo, el Psicoanálisis de orientación lacaniana no puede dejar de prestar una especial atención a estos puntos de intersección entre el sujeto y el Otro social, particularmente cuando contempla los síntomas que traducen conductas de riesgo autodestructivas para los jóvenes de la actualidad. Como afirmábamos anteriormente, cuando hablábamos del *binge drinking*, vemos en las mentadas “previas” (donde los jóvenes toman alcohol hasta a veces llegar a graves cuadros de intoxicación), un intento por disminuir la angustia que produce no la ley de la castración sino la falta de un discurso que la sostenga (López, 2006).

En consonancia con lo previamente planteado, muchas de estas presentaciones sintomáticas que hemos delimitado son incluidas en la clínica de la urgencia subjetiva (Sotelo, 2007). En el dispositivo psicoanalítico se presenta como el exceso imposible de soportar con el que se confronta un sujeto: quiebre del lazo social, laboral, con el propio cuerpo; ruptura aguda del equilibrio con que la vida se sostenía (Sotelo, 2009). Precisamente, debemos preguntarnos, junto con Sotelo y Belaga (2008), quién es el que asigna el estatuto de urgencia a la consulta, ya que en la mayoría de los casos suele ser la familia, el médico, la escuela, el juez, quienes demandan una intervención. El mismo paciente, en otras ocasiones, es el que solicita la atención terapéutica. Dicho de otro modo, la consulta por consumo suele estar mediada por un tercero (familiar o institucional), en consonancia con el carácter asintomático de este tipo de manifestaciones patológicas (Amadeo de Freda, 2015; López, 2006; López Acosta, 2009; Martínez Farrero, 2006).

Las dificultades en el tratamiento y su eventual abandono se señalan en Sánchez-Hervás et al., 2010 y en nuestro propio trabajo (Fernández Raone, 2011, 2012b). Indiferencia, reticencia y rechazo son algunas de las características de la posición subjetiva de los pacientes que acuden a la consulta acompañados generalmente por sus padres (Amadeo de Freda, 2015; Sosa, 2004). En el marco del Psicoanálisis de orientación lacaniana se ha destacado la emergencia de síntomas mudos (Eidelberg, 2012), especialmente significativos en los pacientes que consumen algún tipo de tóxico.

Estas características cobran relevancia con respecto a las presentaciones de la consulta adolescente en centros especializados en toxicomanía, cuestión de la cual nos ocuparemos tanto cuando abordemos la problemática de la demanda de asistencia en centros especializados³⁵ así como cuando analicemos nuestra casuística y los casos clínicos elegidos³⁶.

La precariedad simbólica que afecta al sujeto adolescente actual puede conducirlo a la búsqueda de identificaciones con comunidades de goce, favorecida por los medios tecnológicos de comunicación. Esta nueva modalidad del lazo social converge en la fijación de una identidad compartida que obtura toda pregunta sobre el malestar del que escapan. En algunos casos ciertas conductas que se derivan de las toxicomanías (adicciones o también llamado consumo problemático de sustancias) ponen de manifiesto una ausencia de responsabilidad generalizada, que delega toda respuesta en oposición a la figura de la ley, y a los que se suponen saber hacer con aquello a lo que han renunciado comprender. Alienados a la oferta de la sociedad capitalista y a la ley del mercado, creen que nada es imposible y que la satisfacción debe ser inmediata (Tizio, 2005). Necesario es recordar que los padres ofician en muchas ocasiones como iniciadores del consumo del objeto producto de la tecnología, con lo que ellos mismos intentan combatir su angustia y se los dan a sus hijos inclusive antes que éstos los pidan.

³⁵ Capítulo 3. *La demanda terapéutica en centros especializados* (Parte I).

³⁶ Capítulos 1 y 2 (Parte II).

Sin embargo, es preciso considerar las diferentes formas de enfrentar este momento de apertura del problema del sexo y su relación con los medios para obtener una satisfacción. Algunos adolescentes evidencian la posibilidad de salir de las adicciones a las que han recurrido en forma transitoria como defensa ante una situación de desorientación. Lo hacen casi siempre utilizando recursos propios a pesar de la falta de referencias identificatorias. Otros fracasan, y se ven empujados al pasaje al acto compulsivo, o al consumo de drogas o de alcohol, como modo de escapar a una situación desconocida en una pendiente de goce mortífero.

Capítulo 3

La demanda terapéutica en centros especializados

La demanda de asistencia en un centro monovalente dedicado al tratamiento de adicciones plantea diversas problemáticas que debemos considerar cuando se trata de pensar en el tipo de abordaje terapéutico posible en cada caso particular.

Ya hicimos previamente referencia al hecho de que la problemática de las adicciones está atravesada por diversos discursos como el médico, social, jurídico, psicológico, que la enmarcan y condicionan modelos de abordaje.

Los dispositivos de tratamiento de la toxicomanía son múltiples y están, en su mayoría, orientados a una intervención interdisciplinaria (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010). Como lo hemos abordado en el capítulo anterior, la clínica de las adicciones o toxicomanías implica dificultades vinculadas a la puesta en forma del síntoma y a la búsqueda de la implicación subjetiva por parte de los pacientes que consultan. Estas cuestiones adquieren especial relieve cuando se trata del consumo de sustancias en el periodo de la adolescencia, y complejizan el abordaje terapéutico en Psicoanálisis por las características inherentes a este grupo etario, como lo han destacado muchos de los analistas que se han ocupado del tema y que hemos incluido en el primer capítulo. En la encrucijada de estos dos significantes, “adolescente” y adicto”, muchos de los pacientes oscilan en su posición subjetiva entre la búsqueda de identificaciones que organicen su malestar y el desafío de las normas sociales que les resultan superfluas y autoritarias. Nos preguntamos por qué implicancias subjetivas y terapéuticas puede plantear como condicionamiento la misma denominación de la institución a la que concurren, y que no puede dejar de estrechar la oferta que crea la demanda de asistencia. Razón por la cual resulta más necesario que nunca en este caso un trabajo preliminar que permita intervenciones específicas.

1. La demanda³⁷ de asistencia terapéutica

La demanda de asistencia terapéutica en el denominado campo de la Salud Mental ofrecida por las instituciones públicas implica un pedido o solicitud de aliviar un sufrimiento subjetivo y en ocasiones la pregunta por las razones de ese malestar. Se dirige a un otro (profesional o institución) del cual se espera una respuesta y supone un dispositivo donde se incluyan la oferta de escucha y atención (Quesada, 2004).

Por otro lado, es necesario distinguir entre demanda terapéutica y motivo de consulta. Éste refiere a una descripción de síntomas que un sujeto presenta al asistir a un ámbito institucional público o privado de salud (Martínez Farrero, 2006). A su vez, podemos diferenciar entre motivo de consulta manifiesto o explícito y el latente. Con respecto al primero, Quesada (2004) nos señala, que

es el que aparece en el discurso del consultante durante la entrevista de admisión, lo cual, no siempre coincide con el motivo latente de la problemática que lo lleva a la consulta y que además, puede relacionarse con las representaciones sociales que las poblaciones manejan acerca de cuáles son los conflictos que justifican y avalan una consulta psicológica. (p.14)

De este modo, el motivo de consulta manifiesto no siempre se corresponde con la demanda entendida como pedido y pregunta dirigida a otro, sino que hace referencia a cuestiones que no son explicitadas en el momento de la consulta pero que al mismo tiempo pueden determinarla. Los condicionamientos de la demanda terapéutica corresponden a:

1. La existencia de un malestar en el sujeto que consulta (Thompson et al., 2006), en cuya ausencia pueden hacer su aparición los denominados “nuevos síntomas”, de compleja localización subjetiva, sin la presencia de una queja, malestar o sufrimiento, y de una verdadera demanda.
2. El origen o procedencia del pedido de asistencia que se formula. Para varios autores (Amadeo de Freda, 2015; Martínez Farrero, 2006) el pedido de

³⁷ El término demanda en francés, como en español, tiene una doble significación: pregunta y pedido, acepción adoptada en psicoanálisis.

tratamiento de adolescentes en general no corresponde a una decisión personal sino que la consulta es mediada por otros. Estas características se ven acentuadas en el consumo de sustancias, por su carácter asintomático, ya que no suele acarrear, al menos en un principio, un malestar o interferencia (Ghía, 2006; Kameniecki, 2009; López Acosta, 2009). Además la preocupación por el consumo asociado a la realización de actos delictivos y sus consecuencias inscriptos en el campo jurídico pueden operar como condicionamiento de la demanda (Carew, 2010, 2011, 2014). Sin embargo, en ciertas ocasiones algunos jóvenes pueden presentarse espontáneamente, en general después de haber consultado en momentos previos en compañía de adultos.

3. La preinterpretación del saber y de la función que se atribuye a la institución a la que se dirige el pedido (Fernández Raone, 2015b, 2016).

4. El marco institucional y las regulaciones que operan en la oferta de asistencia (Miller, 1993, 2005). Investigaciones actuales destacan que la mayor parte de las consultas a centros especializados de drogodependencias delimitan o circunscriben el motivo de consulta manifiesto principal al consumo de algún tipo de tóxico (ONUDD, 2013). Es además una condición para la aceptación de la admisión en los centros de este tipo.

También deberemos considerar que este pedido de asistencia generalmente no se corresponderá con una demanda de análisis, que requiere una puesta en forma del síntoma, una queja articulada que se dirige a un otro al cual se le supone un saber sobre su propio padecer y sus causas (Napolitano, 1999). Resulta de interés recordar la paradoja que Lacan subraya en *Psicoanálisis y medicina* (1966/1985) con respecto a la significación de la demanda terapéutica, en la que no puede obviarse la falla que existe entre la demanda y el deseo. Es decir, la demanda puede en ocasiones encontrarse apartada de todo deseo de desprenderse de aquello mismo que hace sufrir y que aparentemente conduce al sujeto a la consulta.

Estos lineamientos serán fundamentales en el momento de estudiar la forma en que se presenta la demanda de jóvenes en una institución especializada en el

consumo de sustancias. En muchos de estos casos no siempre se formula una demanda de saber o surge algún interrogante que se pueda llegar a abrir al devenir significativo (Ghía, 2006).

2. Dispositivos de tratamiento para el abordaje de las consultas por adicciones

Los modos de abordaje de la problemática ligada al consumo de sustancias son múltiples. Autores especializados en la problemática de las adicciones (Byron, Huerre & Reymond, 1979) delimitan modos de atención más frecuentemente utilizados en países como Estados Unidos y Canadá: tratamiento continuo de metadona; programa de antagonistas; las clínicas gratuitas (free-clinics); las terapias conductuales o comportamentales y las comunidades terapéuticas. Describiremos brevemente cada uno de ellos, los cuales también son utilizados en nuestro país, para luego considerar otras ofertas terapéuticas locales.

La terapia a través de la metadona, la cual proviene de Norteamérica, se incluye dentro de los tratamientos por sustitución. En ellos se reemplaza el uso de una sustancia considerada ilegal (por ejemplo, la heroína) por diversos fármacos (en este caso, la metadona) prescritos y regulados por un médico psiquiatra con el objetivo de lograr estabilizar al sujeto que consume y posibilitar un buen funcionamiento de su salud física así como su desenvolvimiento social durante la abstinencia de esa droga (Carew, 2011). En nuestro país también se ha utilizado este método, el cual también se lo conoce como tratamiento del síndrome de retiro de opiáceos, destinado a diversas poblaciones, entre ellas, la de los sujetos con consumo y dependencia de drogas (Cortesse & Risso, 2008).

Los programas antagonistas, por su parte, consisten en bloquear los efectos agradables de la droga utilizada a través de sus antagonistas (Carreño et al., 2002). Su eficacia es limitada, su durabilidad de acción es corta y no afectaría a la denominada dependencia psicológica (Byron, Huerre & Reymond, 1979).

Las clínicas gratuitas (free-clinics) hacen referencia a experiencias en un centro de salud estadounidense (Haight-Ashbury, San Francisco) con una población de adolescentes y jóvenes adultos que fueron recibidos en un hospital de día de

modo voluntario. Esta forma de abordaje funcionó como recepción y orientación, donde la hospitalización era elegida y promovía la eficacia terapéutica. Constituyó un modelo para la clínica gratuita moderna (Smith & Luce, 1971).

Las terapias conductuales o comportamentales apuntan precisamente al comportamiento del paciente, con el objetivo de mejorar el mismo en conformidad con lo establecido socialmente, excluyendo las preocupaciones individuales y afectivas con respecto a la droga. Sus rasgos fundamentales conciernen a la ausencia de una droga sustitutiva, la búsqueda de una mejora comportamental, el tratamiento pautado y programado con niveles a cumplir y franquear en función de la buena conducta y el respeto al programa (Byron, Huerre & Reymond, 1979). De este modo, “supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma” (Sánchez-Hervás, Tomás Gradolí & Morales Gallús, 2004, p.160).

Por su parte, las comunidades terapéuticas aparecen por fuera del ámbito de la psicología, la psiquiatría y la medicina. En los inicios de su emergencia, el modelo de comunidad terapéutica no fue aceptado en las áreas profesionales de la salud, pero luego progresivamente empezó a ser utilizado como una estrategia de trabajo compleja y, según muchos autores, válida y eficaz para ser aplicada en el tratamiento de las drogodependencias (López Goñi, 2005; Soto Fortuny, 2011). Este tipo de comunidades “tienen dos referentes fundamentales: un modelo europeo basado en la psiquiatría comunitaria – Jones en Inglaterra - y un modelo americano estructurado y normativo con bases teóricas cercanas a la modificación de conducta y principalmente asociadas al movimiento de autoayuda” (Soto Fortuny, 2011, p.33), cuyo ejemplo más conocido es el Day Top Lodge, que surge de la fundación Synanon en 1964. Estos lugares suelen funcionar de modo comunitario y autogestionado. Hay criterios de inclusión o ingreso a este tipo de grupos, en los cuales la presión de los mismos tiene fuerte injerencia a nivel individual así como las relaciones entre sus integrantes se mantienen en el plano horizontal, con un alto e intenso componente afectivo (Byron, Huerre & Reymond, 1979).

Como observamos, las formas de abordaje de este tipo de presentaciones pueden ser varias. En nuestro país, desde el campo de la Salud Mental, la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2011) hace referencia a las adicciones en varios de sus artículos, considerando que

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud (p.10).

En el marco del psicoanálisis lacaniano, tendremos en cuenta que estas regulaciones que provienen del ámbito legal y médico condicionan la demanda así como también exigen estrategias terapéuticas que conserven la dirección de la cura orientada por la ética misma del psicoanálisis. Justamente, el psicoanálisis en el hospital, su extensión a servicios públicos, en el marco de una salud “para todos”, universal, obliga a implementar intervenciones donde cada caso pueda mantener su singularidad. Como nos indica Zamorano (2014)

Nos encontramos frente a una coyuntura en la cual el psicoanálisis deberá tomar posición sin olvidar la ética que lo comanda, aquella respetuosa del deseo. Si la ley instituye un nuevo amo que tiene que ver con la salud mental como derecho, siempre existirá quien pueda sostener un goce más allá de la ley, incluso cuando esta ley intenta elevarse en nombre de los derechos de todos (p.45).

2.1. La institución especializada

Es importante detenernos en las experiencias en nuestro país respecto a las instituciones (públicas o privadas) o a los dispositivos asistenciales cuyo motivo de consulta fundamental se encuentra vinculado al uso de algún tipo de sustancia y las posibles presentaciones sintomáticas asociadas. Son espacios de tratamiento dedicados a un tipo específico de “patología”, considerada como criterio excluyente de atención. Entre estas instituciones podemos mencionar las siguientes: los hospitales especializados en drogodependencia y alcoholismo (como en el que realizamos nuestra investigación), las comunidades terapéuticas ya indicadas, los centros de rehabilitación, los servicios de toxicología pertenecientes a hospitales generales, los dispositivos específicos para la atención

de las adicciones municipales o provinciales (Centros Provinciales de Atención en Adicciones o CPA, por ejemplo), Centros de Salud y Acción comunitarias (CESAC), entre otros.

Siguiendo a Quevedo (2010) podemos diferenciar “dos tipos de dispositivos en la oferta social y sanitaria de programas preventivos asistenciales en materia de drogas” (p.1): los dispositivos de umbral máximo y mínimo de exigencia. Los primeros se centran exclusivamente en la lógica de la abstinencia obligatoria de sustancias como condición de inicio y objetivo central del tratamiento. Están fundamentados en la corriente abstencionista– prohibicionista de tolerancia cero. A diferencia de los anteriores, los dispositivos de umbral mínimo de exigencia no requieren la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition para el inicio y despliegue de un tratamiento. Se basan en la aplicación de los principios del psicoanálisis y se orientan en el campo de las políticas públicas en la corriente de reducción de riesgos y daños.

Las instituciones asistenciales que tratan específicamente la problemática del consumo de sustancias suelen conformarse en su funcionamiento por áreas o sectores definidos: consultorios externos, hospitales de día, y centros de internación. Luego veremos que el Hospital donde realizamos nuestro trabajo de investigación no posee un espacio de internación propio. Sin embargo, sí puede realizar derivaciones para que se logre una internación posible o gestionarla en alguna institución pública o privada³⁸. Más adelante haremos un señalamiento respecto a los criterios para la decisión de internación de pacientes vinculados a la problemática de adicciones.

Por otra parte, los centros monovalentes como los que hacemos mención abordan al paciente y a su familia, a partir de un trabajo multidisciplinar o transdisciplinar, que incluye un equipo de profesionales de distintos ámbitos: psiquiatría, psicología, medicina clínica, toxicología, trabajo social, terapia ocupacional, entre otros. Poseen asimismo varios dispositivos y modalidades de atención (individual, familiar y grupal). Entrevistas con el paciente, con sus allegados cercanos (familia,

³⁸ Esta cuestión será analizada más profundamente en los Capítulos 1 y 2 de la Parte II.

pareja, representante legal), oferta de asistencia a los grupos de autoayuda, son algunas de las modalidades de atención.

El hospital especializado en drogodependencia Marmottan en París, Francia, es un ejemplo del tipo de institución especializada en esta problemática. Tendremos en cuenta sus características, con las salvedades necesarias respecto a las diferencias con el lugar donde hemos realizado nuestra investigación. Recordemos que el Hospital Reencuentro no cuenta con la medida de la internación, medida de intervención que sí suelen incluir otros servicios públicos de otras ciudades de la Argentina (en Buenos Aires, el ex-CE.NA.RE.SO, centro especializado en adicciones que posee servicio de asistencia, consultorios externos, hospital de día e internación) y de otros países, como en Francia (el Hospital Marmottan, que enseguida retomaremos), México (CIJ, Centro De Integración Juvenil) o Suiza (HUG, los Hospitales Universitarios de Ginebra, donde pueden realizarse largas hospitalizaciones).

Más allá de estas divergencias, indagaremos acerca de cuáles son las modalidades de funcionamiento de un centro de salud de este tipo con fines de poder, más adelante, establecer sus injerencias e implicancias en el tipo de demanda terapéutica (el motivo de consulta, su origen, su posible formulación), la implicación subjetiva por parte de los pacientes y las intervenciones en el tratamiento a partir de las coordinadas institucionales establecidas.

El centro Marmottan, creado por el Doctor Olievenstein (1979) en 1971, se originó con la intención de crear, por un lado, un lugar de recepción y cuidado para los toxicómanos y, por el otro, y paradójicamente, de desmedicalizar la acogida de algunos marginales, aquellos sujetos que eventual o frecuentemente se hallaban bajo los efectos de alguna droga (Ingold, 1979). Esta institución, como muchas otras de su tipo, tiene una distribución espacial determinada donde cada ámbito está destinado a un tipo de modalidad de intervención. De este modo, podemos ver su división en dos partes: de un lado, la recepción o admisión, del otro, la hospitalización. La admisión se refiere al lugar en donde son recibidos los

pacientes que prosiguen el tratamiento ambulatorio. Como nos dice Olievenstein (Ingold, 1979):

El lugar de la recepción es algo fundamental, debe ser cálido pero también igualmente ambiguo; debe testimoniar a la vez un conocimiento de la cultura “underground” pero también indicar claramente que es un lugar de curación con reglas precisas de las cuales no se debe aceptar que sean transgredidas. Por definición, un lugar curativo es un espacio donde se abandona momentáneamente o definitivamente la droga³⁹ (p.130).

La recepción inaugural en muchas de estas instituciones es realizado por el cuerpo profesional y administrativo y también por antiguos pacientes del centro. Ellos, entre la bienvenida y el acompañamiento, tendrán el primer contacto con el nuevo ingresante, le hablarán y escucharán, le mencionarán algún miembro del equipo médico, entre otros.

El lugar en el que se realiza se presenta de esta manera como una “placa giratoria” y lugar de reencuentro con varios elementos: los problemas planteados por la concentración de toxicómanos, la confrontación entre los recién llegados y los antiguos y la dificultad de establecer un espacio a la vez libre y protegido (Ingold, 1979).

Más allá de este ejemplo paradigmático de una institución especializada en la atención de las problemáticas del consumo de drogas, podemos retomar lo que anteriormente señalábamos respecto a los diferentes dispositivos de abordaje de las drogodependencias y alcoholismo. Éstos son, dijimos, consultorios externos (donde se realizan las entrevistas de admisión y se realiza el tratamiento ambulatorio), hospitales de día, las llamadas “casa de medio camino” y centros de internación.

Analizaremos dentro del marco de estudio de la institución especializada, en primer lugar, la modalidad de las entrevistas de admisión, para luego continuar con el dispositivo terapéutico ambulatorio, el de la semi-internación y el de la

³⁹ La traducción es nuestra.

internación. Recordemos, como destacaremos luego, que todas estas modalidades de abordaje terapéutico pueden incluir (o no) las llamadas entrevistas preliminares como forma de puesta en forma del síntoma y posible inicio de un tratamiento orientado por el psicoanálisis. Esta posibilidad dependerá del modo en que se realice la intervención terapéutica, y de la interpretación tanto de la demanda como de la presentación del malestar.

Finalmente, luego haremos mención del hospital donde hemos realizado nuestra investigación, el Hospital Especializado Reencuentro. La descripción de su organización y funcionamiento específicos facilitarán la lectura y comprensión de los resultados a los cuales arribamos más adelante⁴⁰.

2.1.1. Dispositivo de ingreso: las entrevistas de admisión

La realización de entrevistas semiestructuradas en la admisión de la demanda de tratamiento inicial posibilita obtener, por un lado, los datos personales del paciente (sexo, edad, composición y situación familiar), la fecha de admisión, los motivos y coyuntura de consulta, el inicio y la frecuencia del consumo, su relación con situaciones conflictivas de la vida del paciente y la presentación de otras manifestaciones sintomáticas (Fernández Raone 2015a).

Por otro lado, esta primera recepción de la demanda se propone delimitar el origen de la misma (padres, paciente, escuela, Justicia, hospital); las consultas, tratamientos e internaciones previos, diferenciando el uso específico que hace el paciente de la sustancia (consumo ocasional, abuso, dependencia o adicción).

Es relevante asimismo considerar la posición del paciente en relación con la consulta (aceptación, rechazo, indiferencia).

A partir de la entrevista de admisión se intenta entonces determinar el ingreso del consultante al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, o a otros servicios hospitalarios, o bien establecer que no requiere ningún tipo de tratamiento. De esta forma, este momento inicial implica una instancia de toma de decisiones y un modo de articular las demandas con la oferta que pone en juego

⁴⁰ Capítulos 1 y 2 (Parte II).

criterios de tratamiento a la vez que recursos disponibles. Se lo acepta, se lo deriva o no se lo admite. “La respuesta que en ese momento se dé, el modo en que se lo escuche, las intervenciones que se produzcan condicionan (...) el modo de tratarlo y la posición que el sujeto pueda tomar con relación a su propia consulta” (Rubinstein, 1996, p.1). Estas consideraciones serán fundamentales cuando exponamos los resultados obtenidos de los casos delimitados.

Al igual que las entrevistas de admisión resultan necesarias para un primer abordaje de la demanda, también concentraremos, más adelante, nuestra atención en el dispositivo de las entrevistas psicológicas individuales, las entrevistas preliminares, como una instancia donde pueda emerger tanto una queja como una pregunta acerca de lo que produce malestar al sujeto.

Por otra parte, debemos tener en cuenta aquí que muchas de las consultas vinculadas al uso, abuso y dependencia de sustancias se vinculan con la llamada clínica de la urgencia (Sotelo, 2007, 2009). Urgencia como tal es un término que se utiliza en el código médico y refiere tanto a un dispositivo asistencial como a un modo en que llegan ciertos pacientes a la consulta (Delgado, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud se trata de la “aparición inesperada de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (Villalibre Calderón, 2013, p.20).

En este sentido, debemos distinguir la urgencia psiquiátrica de la subjetiva. La primera se refiere a toda situación ligada a la noción de peligrosidad para el paciente así como para el entorno estando la demanda terapéutica delimitada por una situación real objetiva de riesgo. Aquí se incluyen los trastornos del humor, la tentativa suicida en la depresión y los trastornos de comportamiento (Vallet, 2005).

La urgencia subjetiva puede ser enmarcada en el dispositivo psicoanalítico, como indicábamos previamente, como un padecimiento en exceso, una ruptura o quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía para un determinado sujeto (Sotelo, 2009; Sotelo et al, 2011).

En los dispositivos de admisión en el cual se reciben muchos de estos pacientes, la urgencia se presenta generalmente ligada al peligro o riesgo por parte del paciente del familiar o institución que realiza la demanda. Es aquí donde se apunta a que la urgencia logre transformarse en urgencia subjetiva y que aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su sufrimiento (Sotelo, 2009). Éstas son cuestiones fundamentales para nuestra posible futura intervención al mismo tiempo que conforman una coordenada esencial para pensar en el aquí y ahora de la demanda urgente que por estructura exige una respuesta (Vanderveken, 2005).

2.1.2. Dispositivo ambulatorio

Los criterios para la implementación de un dispositivo ambulatorio en los centros especializados en drogodependencias son los siguientes (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010):

1. La presencia de un nivel de consumo que no ponga en riesgo la vida del paciente o la de terceros.
2. La existencia de una red de contención familiar o social que permita el sostenimiento regular del tratamiento.
3. El hecho de que el consumo no le haya impedido continuar al paciente con sus actividades sociales, laborales, familiares y/o estudios.
4. La estabilidad en los pacientes con la llamada “patología dual” (personas consumidoras de sustancias psicoactivas con problemas psiquiátricos).
5. La imposibilidad de realizar un tratamiento como una internación por parte de pacientes que requerirían un nivel de complejidad mayor de atención.

En los dispositivos de atención ambulatorio se brinda asistencia psicológica, psiquiátrica, médica, social, y terapeuta ocupacional. Se incluyen aquí el tratamiento psicológico individual (que luego abordaremos cuando nos dediquemos a las entrevistas preliminares), el tratamiento psicofarmacológico (si es necesario), el control clínico y el abordaje social (en el caso de violencia familiar, separaciones conflictivas, falta de trabajo para lograr el sostén familiar, entre otras).

La atención puede efectuarse bajo la modalidad individual, familiar y grupal. Con respecto a los espacios grupales, se hallan presentes en distintas modalidades: grupo de ingreso, psicoterapéutico, grupos de autoayuda y de orientación a familiares, de contención y orientación, talleres temáticos (de informática, de literatura, de educación sexual, de expresión y acompañamiento terapéuticos) complementarios durante el proceso de asistencia.

2.1.3. Hospital de Día

El Hospital de Día consiste en un dispositivo que ofrece un espacio residencial, de media internación, para aquellos pacientes que requieran un tratamiento intensivo y de mayor contención diaria. Algunos de los criterios para que un paciente asista a este tipo de modalidad son los siguientes (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010):

1. La imposibilidad de sostener la abstinencia del consumo con un deterioro importante a nivel familiar, laboral, social, entre otros.
2. La existencia una mínima contención social y familiar que le permita al paciente sostener el tratamiento.
3. La posibilidad de incluir al paciente en grupos, ya que muchos de los dispositivos dentro del hospital de día son grupales y los pacientes deben poder integrarse a un conjunto de personas y trabajar conjuntamente.
4. La estabilización en el caso de diagnósticos de psicosis desencadenadas.
5. El fracaso o discontinuidad reiterada respecto a otras modalidades de tratamiento.
6. Un alto riesgo por parte del paciente de volver a consumir sustancias luego de haber sido externado de centros especializados.

La oferta terapéutica en este marco asistencial consiste en la realización de actividades pautadas y organizadas, en un tiempo determinado, con horarios prefijados, reuniones grupales periódicas de discusión y talleres, junto con un seguimiento de cada paciente a través de entrevistas psicológicas individuales. También puede acompañarse de un abordaje psicofarmacológico si el paciente lo requiriese.

Se trata de articular procesos de tratamiento de los sujetos antes del egreso y pos egreso que han producido un giro en su posición subjetiva y que continúan una psicoterapia individual, al tiempo que realizan proyectos laborales, educativos, etc. Su objetivo es consolidar lo logrado a lo largo del tratamiento, afianzarse en su marco familiar y/o social de manera progresiva y vincularse a la vida productiva (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010, p.19).

2.1.4. La internación como posible intervención

Las dificultades que conlleva la hospitalización para un toxicómano o para un sujeto que posee una relación de dependencia con alguna sustancia es señalada por varios autores (Ingold, 1979). En el centro Marmottan, por ejemplo, la internación debe y sólo puede ser largamente preparada y negociada. Ella no puede ser más que voluntaria y libremente elegida, lo que implica que es prolongadamente trabajada, por fuera de toda noción de urgencia. Las variables que deben ser pautadas entre el paciente y el profesional giran en rededor del tiempo (al menos una semana), la interrupción del consumo y del contacto con el exterior. Esta situación conlleva complejidades a partir de la demanda de una cura inmediata por parte del paciente así como la tentación de ceder a la misma por parte del médico. Sin embargo, los profesionales proponen como primera intervención reenviar el pedido puntual del toxicómano a una demanda más profunda concerniente a su destino futuro.

Para poder analizar la posibilidad de internación deben tenerse en cuenta ciertos factores: las características del paciente y la naturaleza de su demanda, por un lado y, por el otro, las posibilidades de tolerancia de la institución por el otro. Un criterio posible de las formas de la disposición de las internaciones es el tipo de drogas de consumo: los pacientes que utilizan drogas llamadas “blandas”, como la marihuana (Rodríguez Madera & & Santiago Negrón, 2012) deben ser separados de las que consumen las “duras” (cocaína, heroína, entre otras). En este aspecto, los autores advierten acerca de tres cuestiones. En primer lugar, la necesidad de examinar y diferir la demanda del toxicómano formulada por un tercero interpuesto (padres, conjunto social, autoridades diversas). En segundo lugar, la extrema prudencia en los casos en los cuales se manifiestan problemas psiquiátricos a

partir del uso de la sustancia (en particular los alucinógenos). Finalmente, la rigurosa reserva respecto de aquellos pacientes que parecen lábiles y en los pacientes jóvenes o adolescentes en plena fase de “luna de miel” con la droga (Ingold, 1979).

Es importante mencionar aquí, respecto a las internaciones, que es una de las últimas medidas terapéuticas que suelen decidirse por parte de los profesionales que reciben la consulta en el caso del consumo problemática de sustancias. Con respecto a esta hospitalización en el centro Marmottan no se considera como una maniobra terapéutica, que implicaría la cura por desintoxicación u otra urgencia, sino que es el lugar donde los sujetos consumidores eligen voluntariamente su inclusión para vivir allí.

Por el contrario, en nuestro país, la Ley de Salud Mental 26.657 (2011) contempla esta modalidad como forma de intervención en varios de sus artículos, no sólo para las drogodependencias sino también para otros casos especificados. De este modo, con el título de *Internaciones* dedica su capítulo VII (2011, p.21) a esta problemática desde el artículo 14 al 29. Señalaremos algunos ya que poseen injerencia en las determinaciones que el profesional actuante tomará. La medida de la internación es considerada, tal como se indica en el artículo 14 (Ley Nacional de Salud Mental 26. 657, 2011, p.21) como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. Debe ser “lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2011, p.22) y debe realizarse a partir de ciertos criterios, establecidos en el artículo 16 (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2011, p.22): en primer lugar, la “evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación”, en segundo lugar, la obtención de información de la identidad y medio familiar y, finalmente, la firma del consentimiento informado del paciente o su representante legal si fuera necesario.

Por otra parte, en este nuevo marco legal se realiza una distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias. En el caso de las segundas, son consideradas en el artículo 20 de dicha ley (2011, pp.25-26) como “recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Asimismo, debe incluirse, para que sea efectiva, el dictamen profesional de la institución o servicio de asistencia que realiza la internación, determinando el tipo certero e inminente de riesgo, la ausencia de un tratamiento alternativo eficaz y el informe de las instancias anteriores empleadas si es que existiesen.

Recordemos, como decíamos, que la internación no se circunscribe solamente a la problemática del consumo de sustancias y sus posibles consecuencias, sino que incluye otros tipos de presentaciones sintomáticas (brotes psicóticos, intentos de suicidio, casos de anorexia grave, entre otros). Nos concentraremos específicamente en lo que hace a los pedidos o requerimientos (voluntarios o involuntarios) de internaciones en relación a las drogodependencias.

La internación puede ser prolongada (o residencial) o de medio camino. Las primeras están supeditadas a algunos de los siguientes criterios (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010):

1. Consumo compulsivo sostenido con riesgo para sí o para terceros.
2. Ausencia de una red de contención familiar o social.
3. Fracaso repetido de otros tipos de tratamiento.
4. Imposibilidad o fracaso reiterado en la inserción laboral o escolar.
5. Existencia de deterioro evidente en la salud física (desnutrición, deshidratación, infecciones en la piel, lastimaduras, abandono general, etc.).
6. Acuerdo personal, por parte del paciente con el profesional correspondiente, que esta modalidad resulta la más adecuada para su tratamiento.

A su vez, en lo que concierne a niños y adolescentes que presentan un severo nivel de consumo, también se contemplan estipulaciones para su internación. Éstas atañen a cuestiones tales como: ausencia de familiares o referentes adultos

que puedan brindar el acompañamiento y sostén para la realización del tratamiento; convivencia con familiares o adultos también consumidores y/o con quienes comparte el uso de drogas, la comercialización y/ o la comisión de delitos; episodios continuos de abuso sexual, explotación sexual, embarazos adolescentes y/o madres adolescentes en período de lactancia; situaciones de calle, entre otros.

Respecto a las internaciones de medio camino hace referencia a periodos cortos de tiempo (por las noches, los fines de semana, etc.) y está íntimamente relacionada con los requerimientos de atención y contención del paciente. Se propone esta forma de internación cuando los pacientes precisan un tipo atención terapéutica para evitar situaciones que impliquen la posibilidad o el riesgo de volver a consumir; o cuando han realizado su egreso de internaciones prolongadas y requieren, antes de comenzar un tratamiento ambulatorio o de hospital de día, una forma previa a esas modalidades.

Esta modalidad puede ser implementada como “un mecanismo de transición terapéutica que parte, desde una modalidad de internación prolongada, hacia una modalidad ambulatoria o de hospital de día, con el fin de analizar la evolución del paciente y/o evitar recaídas y/o reforzar el tratamiento” (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010, p.20).

2.1.5. El Hospital Especializado en drogodependencia y alcoholismo “Reencuentro”

A continuación describiremos los rasgos fundamentales del hospital donde se realizó nuestra investigación empírica⁴¹. Consideramos necesario hacer referencia a algunas de sus principales características a fin de poder conocer, desde el punto de su organización y su funcionamiento, el dispositivo institucional en el cual se realizaron las entrevistas que presenciamos para nuestro posterior estudio.

El Hospital Zonal Especializado en drogodependencia y alcoholismo “Reencuentro” fue creado en el año 1989 y es, en la actualidad, el único hospital público y gratuito dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos

⁴¹ Descripta en la Parte II (Capítulos 1 y 2).

Aires, de Dirección de Hospitales y Dirección de Salud Mental (Cerfoggia, 2010). El centro de atención tiene sede central la ciudad de La Plata, dentro del casco urbano. Su horario de funcionamiento es de 7 a 19 horas.

Ediliciamente consta su sede de dos plantas; en planta baja se halla la recepción, administración de personal y cuatro consultorios, uno de ellos equipado con camilla, e implementos para efectuar extracciones de laboratorio. Cuenta con una sala de usos múltiples para el personal profesional, ámbito de permanencia, intercambio, reuniones de equipo, de miembros de la asociación profesional. Se elaboran y evolucionan las historias clínicas, presentación de casos clínicos, entre otras. Es el lugar de anuncios e información de diversas actividades intra y extra hospitalaria. Están allí puntualmente señalados aquellas instituciones y sus referentes, que son de intercambio permanente para el quehacer cotidiano de atención.

En el primer piso hay tres consultorios, un aula, en ocasiones utilizada como espacio para los talleres o reuniones grupales, en sus diversas modalidades. Se dictan allí clases para los pacientes de Hospital de Día y Consultorios Externos en el marco del plan de alfabetización informática.

Por otra parte, muy cerca del Hospital (a 100 metros) se halla el edificio en comodato, que es sede de Hospital de Día. Su horario de funcionamiento es de 8 a 17 Hs. Ese espacio cuenta con la coordinación de una Jefa de Sala. En dicha área se lleva a cabo la actividad terapéutica asistencial, con el carácter residencial durante la jornada. Cuenta con un espacio de recepción, dos oficinas (para el personal administrativo y profesional) y dos consultorios. También dispone de una sala para el desarrollo de diversas actividades, comedor, cocina y patio, entre otros.

La estructura orgánico-funcional del Hospital se halla constituida por un Director Ejecutivo; un Director Asociado; un Jefe de Personal, un Jefe de Servicio, un Jefe de Sala; Personal Profesional, Técnicos, Profesional Administrativo y Personal auxiliar.

Dentro de la misión y funciones del hospital se encuentran la orientación, evaluación, asistencia y eventual derivación para internación del usuario, con problemas ligados al consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

La institución aborda al paciente y a su familia, a partir de la multidisciplina, entendiendo que la problemática de las adicciones está atravesada por diversos discursos: médico, social, jurídico, psicológico, que enmarcan y condicionan modelos de abordaje.

Cuenta con profesionales de distintas disciplinas: psicólogos, psiquiatras, trabajadores social, médicos clínicos, profesores de plástica, informática, operadores socio-terapeutas y terapistas ocupacional.

El Hospital se halla conformado en su funcionamiento por dos áreas o sectores definidos:

a- *Consultorios Externos*. Sus dispositivos de atención se efectúan bajo una modalidad ambulatoria por consultorios externos, en la cual se brinda asistencia psicológica, psiquiátrica, médica, social, terapeuta ocupacional y diversos talleres. La modalidad de atención se efectúa bajo la modalidad individual, familiar y grupal.

Respecto a los espacios grupales, estos se hallan presentes en las distintas expresiones: grupo de ingreso, psicoterapéutico, grupos G.A.B.A (Grupos de Autoayuda Bonaerenses en Adicciones) de atención a Alcohólicos y orientación a familiares, grupos de ingreso, de contención y orientación, talleres de informática, de Literatura, de Educación Sexual, de Expresión y acompañamiento terapéuticos complementarios, durante el proceso de asistencia.

b- *Hospital de Día*. El hospital cuenta con un dispositivo de media internación, a fin de ofrecer un espacio residencial para aquellos pacientes que requieran un tratamiento intensivo y de mayor contención diaria. Posee la categoría de Sala.

En esta área la figura del operador- socio terapéutico, el cual toma un rol de importancia en cuanto al aspecto ordenador y organizativo diario. Allí los pacientes reciben atención psicoterapéutica y eventualmente psiquiátrica, tienen actividades con profesor de Educación Física, Yoga, Talleres de Plástica y Literatura.

Se halla además integrado a uno de los programas de Extensión Universitaria de la Facultad de Bellas Artes de la UNLP, en la enseñanza y producción de actividades manuales; al igual que asesoramiento de Huertas Bonaerenses, conformando un recurso formativo laboral previsto para el proceso de reinserción social, que se suma al de informática y de cocina.

El hospital está integrado a la red sanitaria a través de la Dirección de Salud Mental; con el Servicio Local (del Municipio de La Plata) y con el Servicio Zonal dependiente de la Dirección de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social. Con este último estamento hay una permanente interacción en función del incremento de población de niños/as y adolescentes, muchos de ellos en infracción con la Ley, derivados por los Tribunales de Familia y en algunos casos por los Juzgados de Responsabilidad Penal Juvenil, que le permite, previa evaluación diagnóstica, tramitar la posible atención, contención, derivación y/o internación del paciente.

Por otra parte las internaciones bajo modalidades específicas de tratamiento por adicciones que no puedan ser resueltas por el Hospital de Día se efectúan vía la Subsecretaría de Adicciones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. En el caso de jóvenes con edades menores a 18 años, se interactúa con el Servicio Zonal y Local, según la situación lo requiera.

Es sede de la Residencia posbásica de adicciones. Por ser una institución especializada en la temática de las adicciones, resulta un marco propicio para la formación teórica y la práctica clínica del post-residente en esta especialidad, quien se encontrará con las distintas formas de presentación que plantea esta problemática en la cotidianeidad de la práctica. Asimismo es ámbito de rotación curricular y extracurricular de Residencias Básicas.

2.2. Las derivaciones institucionales por consumo de sustancias

Las derivaciones institucionales vinculadas a la problemática del consumo de sustancias en muchos casos constituyen una modalidad de intervención específica sobre el sujeto y su modalidad de goce. La mirada en la época actual “desde el Otro social sobre el consumo de drogas demoniza al objeto y victimiza o sanciona

al consumidor. Poner el acento en el objeto de consumo habilita esta lógica que despliega la serie de las llamadas adicciones” (Carew, 2014, p.104). Realizadas por profesionales o autoridades (públicas o privadas) del ámbito de la medicina, la psiquiatría, el derecho, el trabajo social y la educación, indican la necesidad de diagnóstico y posible tratamiento de los sujetos que consumen algún tipo de sustancia (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010). A su vez, cuando el propio hospital donde se recibe la consulta contiene en su propia nominación los significantes “drogodependencias” y “alcoholismo” funciona como posible condicionante de la posición inicial del sujeto que asiste a la institución. Anteriormente referimos que este tipo de intervenciones se enmarcan en el campo de la Salud Pública, donde cobran relevancia determinadas Políticas de Control Social, de Mercado y en Salud Mental (Carew, 2011).

En primer lugar, a partir de la vigencia de la Ley 23.737, promulgada en el año 1989, que condena la tenencia y el tráfico de sustancias, muchos de los pacientes que arriban a los centros terapéuticos especializados en adicciones lo hacen a partir de la indicación de un juez o tribunal. Suponiendo una posible dependencia (física o psíquica) de la droga, el tribunal o la autoridad judicial, por medio de un oficio, derivan al sujeto a hospitales especializados para una primera evaluación y diagnóstico del mismo. Esta demanda se presenta como una “medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación” (Ley 23.737, 1989, art. 17). En consecuencia, la droga y sus consumidores son apresados por el marco del derecho penal, “confiriendo al usuario el doble estatuto de enfermo y delincuente” (Gómez, 2013, p.83). El discurso jurídico, a partir de ubicar al tóxico como posible agente causal de las manifestaciones de los sujetos que cometen transgresiones del orden instituido, establece el ideal de la recuperación y “reinserción social plena, familiar, laboral y educativa” (Ley 23.737, 1989, art. 22) como objetivo esperado. El abordaje terapéutico debe en estos casos realizarse en establecimientos provistos de un equipo profesional y técnico (médicos, psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales), el cual informará al juzgado de la asistencia y cumplimiento del tratamiento estipulado. De este modo, observamos que las derivaciones judiciales

constituyen una de las modalidades iniciales de intervención tanto sobre aquel que consume como sobre sus actos. En consecuencia, se supone que el tratamiento se ofrece a su vez, desde el marco de la prevención, ya sea cuando el riesgo comprometa la propia vida del sujeto, ya sea a través de la “judicialización por la ubicación de la vieja categoría de “peligrosidad social” (Tizio, 2008, p.10).

En segundo lugar, para poder comprender las consultas y demandas de tratamiento por consumo de sustancias, deberemos considerar el contexto social actual en el cual los dispositivos asistenciales se insertan. Consecuentemente, será importante tener en cuenta las Políticas de Mercado, las cuales, solidarias del discurso del capitalismo, suscitan un empuje al consumo en el que toma su lugar la toxicomanía actual (Carew, 2011). Estas políticas encuentran sus coordenadas de emergencia y vigencia en la sociedad actual, denominada postmoderna (Lyotard, 1979) o hipermoderna (Lipovetsky & Charles, 2006) por varios filósofos y sociólogos actuales, como señaláramos anteriormente⁴². Caracterizada por el hiperindividualismo, el consumo exacerbado, el imperio de lo efímero (Lipovetsky, 1990) y la extrema permisividad, la cultura contemporánea es propia de una época en la que las restricciones a la obtención de satisfacción se han limitado al mínimo. Los cambios que ha sufrido la institución familiar y las relaciones entre las generaciones repercuten tanto en la filiación como en la transmisión, favoreciendo la ausencia de normas y de modelos, ausencia que abre la vía de la deriva de la pulsión (Cottet, 2008). Es la misma sociedad la que no sólo proclama el derecho al goce, sino que a su vez dicta imperativos tiránicos tanto de la obligación de gozar como de consumir, y en la que las normas y ficciones que regulan la sexualidad se han tornado cada vez más inseguras (Fernández Raone, 2011).

Finalmente, desde la Políticas en Salud Mental, en el abordaje de las toxicomanías o adicciones, muchas veces la dirección de la cura se muestra orientada por el fin de la abstinencia y el abandono del consumo (Carew, 2011,

⁴² Hemos aludido a esta cuestión en el Capítulo 2. *Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia* de la Parte I (Apartado 1.1. *La sociedad contemporánea y sus malestares* y Apartado 1.2. *Emergencia de los “nuevos síntomas” y de las llamadas “conductas de riesgo” en la adolescencia*).

2014; Quevedo, 2010). Por otro lado, otros dispositivos asistenciales plantean las políticas de reducción de daños (Carew, 2011; Romaní, 2008). Desde esta última perspectiva, la atención se concentra no ya sobre la obligatoriedad en la interrupción del uso del tóxico sino sobre la implementación de programas y prácticas que intenten “modificar los hábitos de consumo para reducir los riesgos derivados de la forma de uso” (Serrat Moré, 2003, p.88) así como reducir los daños asociados con las prácticas de consumo (Carew, 2011; Romani, 2008). Es importante señalar aquí que en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2011) también se hace alusión a las derivaciones desde el ámbito jurídico hacia el médico asistencial, como ya señalábamos. De este modo, se insiste, en el caso de pacientes que presenten alguna problemática vinculada al consumo de sustancias, en su necesaria evaluación por parte de

un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2011, p.45).

En estas coordenadas y condiciones institucionales, sociales y políticas que son el contexto de la presentación de la demanda terapéutica, nos preguntamos cuál es el margen de operación del profesional desde la práctica psicoanalítica. Precisamente, como ya mencionábamos previamente⁴³ la toxicomanía o las adicciones se incluyen entre los síntomas mudos, aluden a un goce que no pasa por el Otro (Ruiz, 2004), en los cuales resulta de especial importancia las entrevistas preliminares orientadas a la puesta en forma y la localización del síntoma, como veremos enseguida. Si tenemos en cuenta la modalidad de presentación de la demanda y del síntoma en estos casos, más del lado del acting out y del pasaje al acto (Quevedo, 2006), creemos necesario un trabajo previo dirigido a la emergencia, en primer lugar, de una queja para que, en una segunda instancia, ésta pueda devenir síntoma en su vertiente de sufrimiento e

⁴³ En el Capítulo 2. *Los nuevos síntomas y el consumo de sustancias en la adolescencia* perteneciente a la Parte I.

impedimento subjetivos, fuera de la referencia a la droga. Justamente, lo que ha sido categorizado como urgencia para otro (familiar, judicial, institucional, educativo), puede ser enmarcado, en el dispositivo psicoanalítico, como aquel punto en que sujeto ha llegado al límite, aludiendo a una coyuntura en la cual algo se ha conmovido, posibilitando la apertura de una pregunta por lo que condiciona su malestar. Los primeros encuentros junto con una primera intervención sobre la demanda inicial en la admisión misma del paciente son fundamentales para las posibilidades del inicio de tratamiento.

2.3. La importancia de las entrevistas preliminares

Hemos hecho referencia a que nuestro trabajo analiza la relación entre adolescencia y el consumo de sustancias junto con su vinculación con la demanda de tratamiento. Nos pareció a su vez relevante considerar la importancia que tienen los encuentros posteriores a la entrevista de admisión, las entrevistas preliminares, las cuales entendemos como “una consecuencia directa de cómo damos una estructura a las `bienvenidas” (Miller, 1997, pp.18-19). Recordemos al respecto que J. Lacan (1958/1971, 1969-70/1991) se ha referido en diversas ocasiones a la necesidad y relevancia de estas entrevistas, y los riesgos de no tenerlas en cuenta como “condiciones preliminares” de todo proceso analítico. Como nos dice Recalcatti (2004), el tratamiento preliminar “en el proceso de la cura en las neurosis pone en evidencia la dimensión de la demanda como punto de mediación y articulación sensible entre síntoma y transferencia” (p.3).

En este aspecto, recordemos que Freud en el texto incluido entre sus escritos sobre la técnica analítica *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913/1991c) diferencia determinadas condiciones intrínsecas al dispositivo terapéutico: su modo de inicio, las cuestiones del tiempo y del dinero y el uso del diván (Quinet, 1996). Asevera que “muchas de las resistencias del neurótico se acrecientan enormemente por el tratamiento gratuito” (Freud, 1913/1991c, p.133). Más adelante, relativizando lo que planteaba previamente, anticipa en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1918/1992a) la creación de dispositivos institucionales terapéuticos, “sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica. (...) Estos tratamientos serán gratuitos. (...) Cuando

sucedan, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones” (pp.162-163).

Con respecto al inicio del tratamiento Freud (1913/1991c) destaca la relevancia que debe concedérsele al periodo de “ensayo de puesta a prueba” (p.126). La importancia de las primeras entrevistas en el dispositivo analítico fue señalada a partir de su ineludible valor diagnóstico y de la puesta en forma del síntoma en transferencia. De este modo, permiten al analista, en primer lugar, arribar a un posible diagnóstico estructural del sujeto, atendiendo especialmente a la diferencia neurosis –psicosis (Miller, 1997; Quinet, 1996). Desde los primeros encuentros con el paciente que demanda un tratamiento, es de fundamental importancia distinguir elementos clínicos que darán cuenta de cuál es la estructura particular en juego. Esta delimitación funcionará como forma de orientación con respecto a cómo proceder de acuerdo a la problemática que se abre en términos de malestar subjetivo, y en el caso de consumo de sustancias, la función que cumple la droga. Las intervenciones del analista, sus interpretaciones y escansiones, estarán condicionados así por la estructura subjetiva particular, desprendiéndose en consecuencia el valor de las entrevistas preliminares para el abordaje de un caso clínico. La táctica, estrategia y política sólo podrán elaborarse a partir de este procedimiento clínico inicial. En este aspecto es interesante lo que destaca Recalcati (2004), refiriéndose al tratamiento preliminar, hace referencia al planteo que Hugo Freda propone acentuando que este último “sintetiza el cambio en acto en el tratamiento preliminar de los nuevos síntomas: de la demanda de tratamiento al tratamiento de la demanda” (p.6).

Por otra parte, junto con su valor diagnóstico, mencionamos que las entrevistas preliminares posibilitan y tienen como objetivo principal la puesta en forma del síntoma en transferencia (Quinet, 1996). La delimitación de este último como sufrimiento y obstáculo en la vida del sujeto es necesaria como primer momento que precede al surgimiento de la pregunta que inaugura la instalación de la suposición de saber. Estos encuentros iniciales otorgan al analista la posibilidad de introducir determinadas coordenadas que, en el transcurso de la cura, serán fundacionales de su mismo progreso. El despliegue de la palabra del paciente y el

motivo de consulta por el cual acude a un analista serán ejes que orientarán la escucha inicial.

Las entrevistas preliminares se ven muchas veces supeditadas a su vez por el contexto institucional en el cual se despliegan. Esta cuestión se vincula con el hecho de que la presentación del síntoma en la demanda asistencial tiene determinados condicionamientos, como anteriormente destacábamos. En consecuencia, estas elucidaciones, junto con las problemáticas señaladas, serán retomadas cuando realicemos la articulación teórico-clínica a partir del estudio de un caso⁴⁴.

2.4. Los dispositivos terapéuticos grupales en el tratamiento de la toxicomanía

La institución a la cual nos referimos anteriormente brinda al paciente que consulta, conjuntamente con el turno inicial y la atención con un psicólogo, la posibilidad de participar del grupo de autoayuda del hospital. No todos los pacientes se inclinan por participar en este espacio de tratamiento. Nos preguntamos qué efectos subjetivos puede producir durante el tratamiento la asistencia a dispositivos terapéuticos divergentes con respecto a la dirección de la cura psicoanalítica de orientación lacaniana y de qué manera el discurso y la modalidad propuestos por los operadores del grupo aludido pueden obstaculizar el proceso de implicación y rectificación subjetivas.

Miller (2005) plantea que

resulta bastante difícil concebir que se pueda conducir al sujeto a perder su oropel identificador, este *yo soy toxicómano* que le permite orientarse en el Otro social, en una institución para toxicómanos. Se trata de una operación muy paradójica que demanda subvertir desde el interior el lugar ofrecido. (p.313)

Al respecto, vale la pena recordar que las psicoterapias se caracterizan en general por operar a partir del ideal de un sujeto unificado y por ofrecer la promesa de

⁴⁴ En el Apartado II. *Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo*, perteneciente al Capítulo 2. *Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico. Metodología, resultados y discusión* de la Parte II.

felicidad entendida como adaptación. Podemos distinguir cuatro grupos: las científicas, las del ideal, las humanistas y las del yo ideal (Aflalo, 2002). El grupo del centro en el cual trabajamos puede enmarcarse en las de la segunda categoría, las cuales promueven como objetivo terapéutico la posibilidad de alcanzar un ideal. En este dispositivo se supone que el síntoma es causado por la sociedad. Nuevos sistemas ideales adaptados es la propuesta de este tipo de tratamiento, donde el terapeuta u operador se presenta como representante del criterio de adaptación. “Este tipo de psicoterapias redobla la estructura del síntoma (...) el ideal limita el goce del sujeto en el grupo” (Aflalo, 2002, p.6). La renuncia al goce trae aparejado un reforzamiento más intenso del superyó que se torna feroz, reforzando el síntoma del sujeto.

Carew (2011) nos insiste en esta cuestión cuando remarca que desde las políticas de Salud Mental se propone un abordaje terapéutico de las drogodependencias bajo la forma del ideal médico-social de la abstinencia del uso de la sustancia. Las instituciones especializadas suelen responder a este ideal y, desde sus coordenadas, organizan su oferta de tratamiento. Estos centros incluyen a muchos de los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (A.A.), de Narcóticos Anónimos (N.A.) y de un gran grupo de comunidades terapéuticas (las denominadas “granjas”). Su objetivo se concentra, tanto en su discurso como en la lógica con la que ordenan sus dispositivos de tratamiento, en el pasaje de “ser adicto” a ser “ex -adicto”. Este pasaje, señala la autora, marca y vincula al sujeto a partir de entonces con esa nominación como su modalidad de articulación con la palabra y con el Otro social.

Por otra parte, Laurent (Miller, 2005), hace también referencia a los grupos de autoayuda:

Está también la separación imaginaria con apoyo, con una restitución a los grupos. Entonces ya no se tiene la identificación *soy toxicómano*, sino *soy ex toxicómano*, lo que permite grupos de arrepentidos diversos y, en consecuencia, la vigilancia, el apoyarse uno en el otro. (p.315)

El psicoanálisis contrasta con esta perspectiva desde sus principios y por la ética que lo orienta: no establece una lógica terapéutica del “para todos” o del ideal sino del “uno por uno”, no prejuzgando sobre el bien del sujeto ni obturando la división estructural del sujeto del inconsciente (Belaga, 2004).

De este modo, la emergencia de la transferencia lateral (Gennaro, 2012) dada a partir de la identificación entre los miembros del grupo deberá ser considerada con respecto a las posibles estrategias terapéuticas así como las intervenciones dentro del dispositivo analítico (Naparstek, 2006).

A partir del análisis realizado cobra relevancia la presente investigación que se propone articular los hallazgos sobre cada uno de los aspectos considerados.

La pregunta de investigación

La indagación sobre la articulación entre adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica en un hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo, parte de la siguiente pregunta *¿Por qué el consumo y la adicción a diferentes tipos sustancias tóxicas se inician en general en la adolescencia y qué particularidades y dificultades se encuentran en la demanda terapéutica por adicciones en una institución asistencial para abordar estas presentaciones desde una perspectiva psicoanalítica?*

En función de ello en los siguientes capítulos se ofrecen la metodología, resultados, discusión y conclusiones a los que hemos arribado en los estudios realizados en la Parte II de esta Tesis.

Parte II

Casuística y categorías de análisis de investigación Estudio de casos

Capítulo 1

La casuística examinada y las categorías de análisis de investigación.

Metodología, resultados y discusión.

En este capítulo se ofrecen la metodología, los resultados y las conclusiones alcanzados en el abordaje descriptivo y teórico-clínico que hemos realizado de la casuística de los 120 pacientes que consultaron en el hospital seleccionado, en el período de abril de 2011 a abril de 2015.

El objetivo general que orientó nuestro abordaje fue describir y analizar las características de la consulta de adolescentes de 13 a 25 años en un Hospital Especializado en Drogodependencia, en relación con la aparición del consumo de sustancias entre los denominados “nuevos síntomas”. Como objetivo específico, caracterizar la modalidad de presentación de la demanda de asistencia terapéutica a partir de la consideración de determinados ejes: edad y sexo de los consultantes, origen de la demanda, motivo de consulta, nivel de escolaridad, conductas de riesgo asociadas, posición subjetiva frente a la consulta y a la oferta de tratamiento, edad de inicio del consumo de sustancias, tipos de sustancia y modos de consumo y función del tóxico.

Recordemos que en este capítulo circunscribimos nuestro análisis del material clínico a las entrevistas de admisión. Sin embargo, la cooperación del equipo profesional del hospital, su abordaje muchas veces en profundidad de los casos, junto con las formas de presentación y enunciaciones que los pacientes realizaron durante los primeros encuentros, nos ofrecieron las condiciones para el logro de una elaboración teórico-clínica adecuada. A pesar de los límites que implicaron la indagación a partir una entrevista inicial, su estudio y profundización posibilitaron el logro de alcances heurísticos en el estudio del problema y articulación entre

adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica. En ese aspecto, recordemos lo que indica Miller (2008):

¿Quién puede dudar de que la constitución de una “base psicoanalítica del síntoma” susceptible de cuantificación tendría los efectos más logrados sobre la calidad de la transmisión clínica, incluso la más matizada? ¿Soy el único en desear un armazón matemático más consistente del que disponemos? No lo creo (p.10).

Nuestro recorrido terapéutico con el joven Leonardo, de 19 años, así como el análisis y estudio de casos de pacientes seleccionados por su interés y carácter demostrativo, nos permitieron, como veremos en el capítulo siguiente⁴⁵ poder arribar a conclusiones que complementaron la descripción de la casuística que a continuación expondremos.

Metodología

La metodología utilizada correspondió a un enfoque mixto (descriptivo y teórico clínico), de acuerdo al marco teórico adoptado, el psicoanálisis de orientación lacaniana. Este enfoque mixto estuvo destinado a obtener, analizar, e integrar datos cuanti y cualitativos, a partir de la exploración empírica en un estudio descriptivo y de la elaboración teórico-clínica del material recabado (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1991/2006). De la exploración empírica se extrajeron datos descriptivos de las categorías examinadas. De la articulación teórico-clínica, categorías de análisis que permitieron enriquecer la interpretación del fenómeno bajo estudio para posibilitar situar la función del tóxico en la economía psíquica del sujeto.

Sujetos. Para el estudio descriptivo hemos incluido los 120 pacientes adolescentes de ambos sexos de la población total que concurrieron a los consultorios externos del Hospital Especializado en Drogodependencia y

⁴⁵ Capítulo 2. *Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico. Metodología, resultados y discusión* (Parte II).

Alcoholismo de la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, en el período de abril de 2011 a abril de 2015, identificados con el nombre, el número de caso y su edad. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 13 y 25 años de edad inclusive, capacidad de expresión, presentar condiciones psíquicas favorables para sostener una entrevista y solicitar una consulta o continuar el tratamiento psicológico en los consultorios externos del hospital.

Corpus. Fuentes documentales primarias y secundarias sobre el tema abordado.

Instrumentos y técnicas utilizados. Como estrategia principal de abordaje descriptivo hemos utilizado la entrevista implementada en la instancia de admisión de la demanda de tratamiento inicial.

Para la elaboración teórico-clínica hemos utilizado la exégesis de textos de orientación psicoanalítica lacaniana así como también de textos sociológicos y antropológicos que aborden la problemática adolescente y la adolescencia prolongada, teniendo en cuenta el contexto social actual.

Procedimientos de obtención de datos: previa a la obtención de datos se solicitó el consentimiento informado por parte del paciente y de un familiar o su representante legal en el caso que tuviera más de 18 años de edad y el asentimiento informado por parte del paciente en el caso que tuviera entre 13 y 18 años de edad, de acuerdo a los cánones institucionales en la materia. En todos los casos se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Las entrevistas se realizaron en los consultorios externos del hospital seleccionado. Estuvieron a cargo de personal profesional con la asistencia de la doctoranda.

Resultados y discusión

La casuística y las categorías de análisis de investigación

Presentaremos a continuación algunos de los principales hallazgos y discusiones de nuestro estudio de los 120 casos delimitados. Como ya hemos anticipado, las categorías son las que a continuación analizaremos.

1. Edad y sexo de los consultantes

Prevaleció la consulta de varones (89%), como se ve en la Figura 1. Ha resultado llamativa la escasa cantidad de adolescentes de género femenino, lo que coincide con informes estadísticos recientes (USPPA, 2009). En algunos trabajos se señala que las mujeres consumen tóxicos en menor proporción (Paulone & Candioti, 2006), aunque en otros se destaca su aumento progresivo (Cáceres et al., 2006; SEDRONAR, 2014; USPPA, 2011). Desde el campo de la antropología Le Breton (2014b) indica esta diferencia, así como estudios actuales subrayan las singularidades de la función de la droga en el sexo femenino (Boucquey, 2003; Eydoux, 2014; Thomas, 2006). Esta situación merecería una elucidación de mayores alcances en futuras indagaciones sobre la problemática femenina del consumo de drogas en la adolescencia.

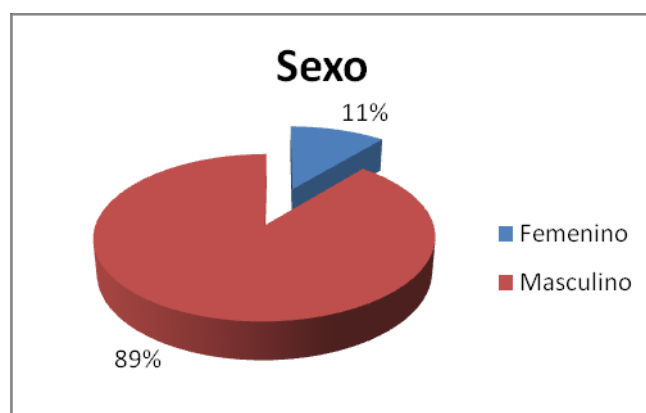


Figura 1. Distribución según el sexo de los pacientes incluidos (N=120).

Las edades de los pacientes mostraron una frecuencia mayor entre los 17 y 18 años (31%) y por encima de esas edades (Figura 2), coincidiendo parcialmente con los resultados de otras investigaciones en las que el 90% de la población atendida en este tipo de instituciones en la ciudad de Buenos Aires posee entre 18 y 21 años (USPPA, 2009). Los 18 años, adquirir la mayoría de edad (que supone la penalización de las conductas delictivas que podrían asociarse al consumo de sustancias) constituyó un punto disruptivo para muchos de los pacientes incluidos (o de quienes los remitían o traían a la consulta). En sus manifestaciones se

apreció un estatuto de urgencia fundamentalmente a partir del “riesgo” que implicaba la cercanía de la fecha en la cual deberían responder por sus actos con una responsabilidad atravesada por el discurso jurídico. Uno de los pacientes de ese grupo etario (Alejo, caso 110, 17 años) mencionaba en la entrevista de admisión: “Si yo sigo robando voy a ir a un penal, por la mayoría de edad, y eso es feo. Por eso vengo acá, para no tomar más pastillas y no ir por el mal camino porque si no voy a terminar mal”. Alejandro (caso 3), de 17 años, expresaba, respecto al hecho de robar para poder conseguir drogas, que su situación de minoridad parecía avalarle el realizar este tipo de hechos. Así, indicaba, “Antes de cumplir los 18 años, no después, porque si llego a caer...”.

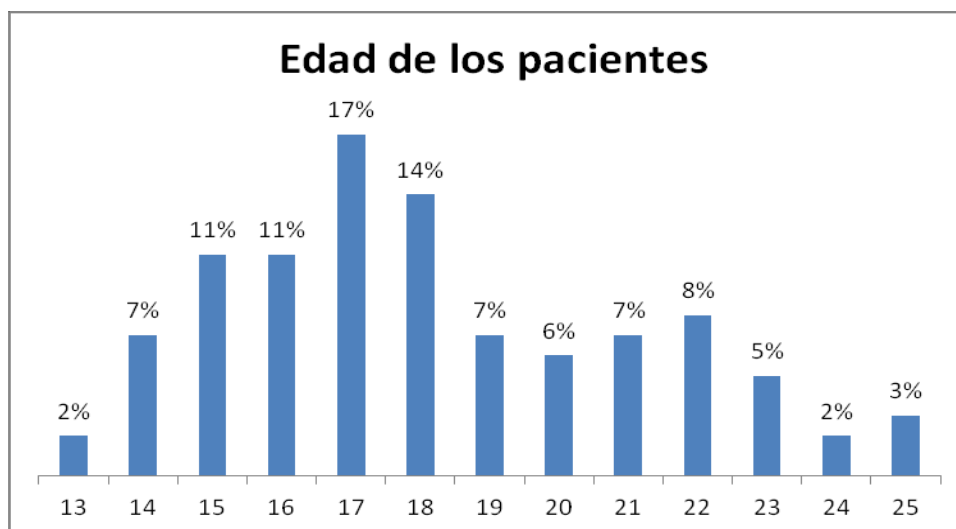


Figura 2. Distribución según las edades de los pacientes incluidos (N=120).

En consecuencia, destacamos la frecuencia de consultas en esas edades a partir de la importancia de la mayoría de edad ligada a dos cuestiones. Por un lado, a la ausencia de ritos de pasaje de la infancia a la adultez en la sociedad contemporánea (Mendoza & Rodríguez Costa, 2010; Sosa, 2004). Por el otro, a la penalización posible del consumo o de los actos delictivos que pueden derivarse de ellos. Esta circunstancia se enlaza con el atravesamiento de la clínica por el discurso jurídico que se presenta en la problemática estudiada, particularmente en la adolescencia (Carew, 2010; Seguí, 2009), cuestión que delimitó en muchos casos el modo de presentación de la demanda así como la coyuntura de consulta. Coincidimos con Le Breton (2014) cuando señala que la categoría de mayoría de edad es uno de los

escasos puntos disruptivos a nivel simbólico de pasaje de la niñez a la edad adulta, así como con Carew (2010) y Seguí (2009) al insistir en la falta de responsabilidad e implicación subjetivas de los menores de edad frente a los actos delictivos. En nuestro estudio el cambio de estatuto legal de muchos de estos jóvenes mostró favorecer las coordenadas del pedido de asistencia al centro hospitalario.

2. Origen de la demanda

Se diferenciaron cinco grupos de la demanda: *familiar*, *personal*, *judicial penal*, *judicial del Tribunal de Familia* y *por derivación*, tal como puede verse en la Figura 3.

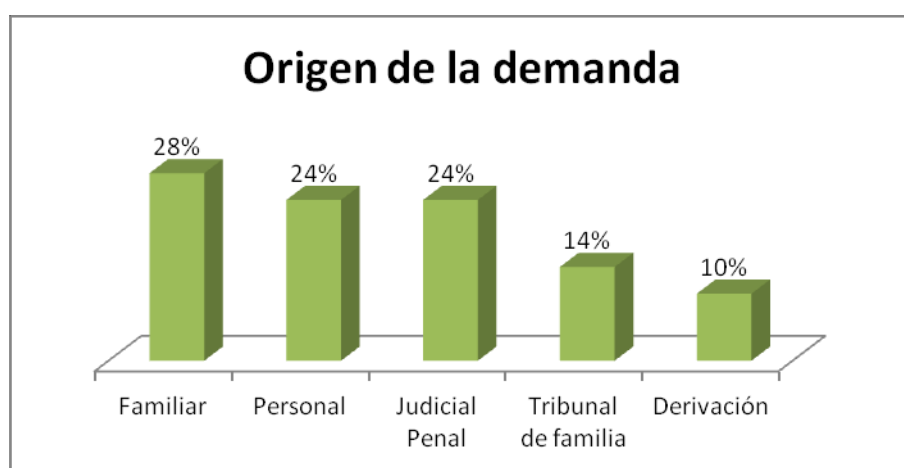


Figura 3. Distribución según el origen de la demanda de los pacientes incluidos (N=120).

Pudimos observar que en el 76% de los casos el origen provino de terceros (familiar, judicial o por derivación) y que sólo el 24% consultó por decisión personal.

Si nos detenemos en las edades de los pacientes, notamos que en el caso en que la consulta era del propio paciente (29 casos), todos tenían, a excepción de un caso, 18 ó más años de edad. Por el contrario, cuando la demanda provenía de otros (91 casos), más de la mitad de los pacientes de ese grupo (55 casos) eran menores de la edad indicada.

En los pacientes que consultaban a partir de un pedido de atención que no era propio pudimos encontrar, tanto en sus dichos como en las personas que los acompañaban (padres o familiares, trabajadores social, etc.), determinadas razones

esgrimidas para realizar la solicitud del turno en el centro de salud. Diferenciamos de este modo las siguientes:

- I. Preocupación por el consumo de sustancias.
- II. Presunción de la existencia de consumo por parte del sujeto que había cometido un delito.
- III. Problemáticas tales como presencia de conductas violentas o agresivas, actos delictivos, transgresiones, errancias, desaparición o fuga del hogar y otras manifestaciones que adjudicaban al consumo de sustancias (“cambios de humor”, abandono de actividades que antes realizaba, como asistir a la escuela o al trabajo, etc.).

Las características de la procedencia de la consulta en estos casos fueron solidarias de un malestar que muchas veces no era subjetivado sino a través de otro a la vez que no aparecían las dimensiones del padecimiento ni de la interferencia, lo que coincide con lo que sostienen los autores que estudian la clínica de la adolescencia (Amadeo de Freda, 2015) y de la toxicomanía (Ghía, 2006; López, 2006; López Acosta, 2009, 2011).

Dentro de este gran número de pacientes, pudimos diferenciar aquéllos en los cuales el uso y abuso de sustancias se presentaba como nuevo síntoma y cuya relación con el tóxico constituía una forma de respuesta sintomática vinculada con problemáticas subjetivas silenciadas o que el sujeto no podía poner en palabras. En estos adolescentes el consumo constituía posiblemente un modo de llamado a la función desfalleciente del Otro parental o social, tal como se sostiene en la bibliografía especializada (Lacadée, 2007; Stevens, 2001).

Dentro de los pacientes que no solicitaron personalmente un turno, diferenciamos otro grupo en el cual el vínculo con la sustancia no fue más que circunstancial, a partir de encuentros con sus pares. En ellos se destacó una función de inclusión e identificación, donde el consumo se presentaba como una modalidad de hacer lazo con el otro, tal como señalan Deltombe (2010) y Sosa (2004) en sus estudios sobre la consulta adolescente por el uso de sustancias.

Cuando las consultas fueron personales, el consumo asumió las características sintomáticas del padecimiento subjetivo. El caso que hemos elegido⁴⁶ será un ejemplo paradigmático con respecto a esta forma de presentación. Más adelante también analizaremos algunas viñetas clínicas donde se observa este tipo de modalidad.

3. Tipo de ingreso a la institución

Diferenciamos entre *ingreso* a la institución como primera consulta (74%) y *reingreso* con consultas previas (26%).

Con respecto al grupo que reingresaba al hospital, pudimos precisar algunas consideraciones. Por un lado, el abandono del tratamiento suele constatararse en este tipo de clínica, tal como nos describen Sánchez-Hervás et al. (2010), lo que permitiría pensar en las posibles causas del reingreso al centro asistencial. Por el otro, la transferencia previa con la institución y sus profesionales así como las consecuencias que el consumo había aparejado constituyeron algunas de las razones delimitadas por los pacientes con respecto a su retorno. Entre ellas destacamos las siguientes:

- I. Ruptura del lazo social, familiar o conyugal.
- II. Pérdida de bienes materiales.
- III. Dificultades en la estabilidad laboral
- IV. Situaciones reiteradas consideradas de riesgo o “peligrosas”.
- V. Malestares y síntomas físicos o corporales.

En estos adolescentes el uso y abuso de sustancias comenzaba a interferir en sus relaciones con los otros y a producirles un padecimiento que previamente no subjetivaban como tal. De esta manera, el tóxico adquirió retroactivamente otra significación. Un paciente que volvía a pedir turno en el hospital era *Raúl* (caso 15, 25 años), el cual hacía cinco años había realizado tratamiento en el mismo. No continuó en ese momento porque consideraba que no era para él no era “un

⁴⁶ El caso Leonardo, que analizaremos en el Apartado II. *Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo* (Capítulo 2. *Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico. Metodología, resultados y discusión*, Parte II).

problema”. Sin embargo en el momento de la entrevista describía las dificultades que hallaba en su existencia y lo adjudicaba a su consumo: “El alcohol. Pierdo todo. El laburo, mi novia. Mi vieja me dijo “Andá o te vas de mi casa”. Agregaba luego “Yo desde chico tomo y ya lo siento en el cuerpo, me duelen los riñones y los huesos”. Dolores físicos, pérdida del lazo social y familiar, eran algunas de las cuestiones que destacaba en la consulta. Sin embargo, como veremos luego, su demanda estaba atravesada por el anhelo de su madre de reiniciar un tratamiento. Aceptaba realizarlo, pero pese a las diversas consecuencias que el uso del tóxico le había aparejado, no se mostraba interesado en la oferta terapéutica más que para responder a su madre.

Por otra parte, ambas categorías, ingreso y reingreso, se diferenciaron con respecto al origen de la demanda. En la consulta *por primera vez* (89 casos) fueron los jueces del ámbito penal y familiar, sus padres o familiares u otros profesionales los que consideraron necesaria la asistencia al hospital, representado el 83% de los ingresantes. Dentro de este grupo los 15 que arribaron de modo personal constituyeron el 16%. Por el contrario, dentro de los 31 pacientes del grupo de reingreso, el mayor porcentaje de los casos correspondió a la demanda personal (Tabla 1).

Tabla 1

Origen de la demanda y tipo de ingreso a la institución (frecuencias y porcentajes)

		Tipo de ingreso		
Origen de la demanda		Ingreso	Reingreso	Total
Judicial	Judicial Penal	26 (29%)	4 (13%)	30 (25%)
	Tribunal de Familia	12 (14%)	4 (13%)	16 (13%)
Derivación	Profesional/ Institucional	9 (10%)	3 (10%)	12 (10%)
Espontánea	Padres o familiares	27 (30%)	6 (19%)	33 (28%)
	Personal	15 (17%)	14 (45%)	29 (24%)
Total		89 (100%)	31 (100%)	120 (100%)

4. Motivo de consulta

Los pacientes entrevistados se dividieron en cuatro subgrupos según manifestaran: *preocupación por el consumo*; *solicitud de internación inmediata* como medida de intervención vinculada a una urgencia subjetiva, de ellos mismos o de sus familiares; *aparición de otras expresiones sintomáticas* y, finalmente, la *consulta preventiva* como modo de anticipar un posible consumo futuro o la “recaída” en el mismo (2%), como se ve reflejado en la Figura 4.

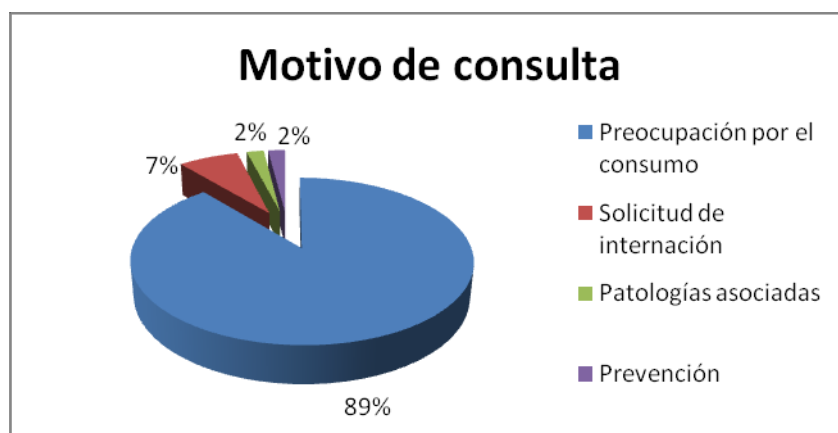


Figura 4. Distribución según el motivo de consulta de los pacientes incluidos (N=120).

Cuando analizamos el motivo de consulta notamos que las causas implícitas o latentes excedían a las razones esgrimidas inicialmente por los consultantes, como plantean Martínez Farrero (2006) y Quesada (2004). La demanda en muchos de estos jóvenes se ligaba a manifestaciones que incluían riesgo para sí mismo y para otros, conflictos familiares y falta de responsabilidad o indiferencia con respecto a su existencia actual o futura (Quiroga & Cryan, 2010), más que al uso del tóxico. En consecuencia, delimitamos los siguientes motivos latentes en las presentaciones:

- I. Presencia de conductas de riesgo (actos delictivos y/o de violencia; experiencias de sobredosis; accidentes; fugas del hogar; autolesiones reiteradas) o el temor a su aparición.
- II. Intento de evitar la potencial entrada en prisión.
- III. Problemáticas o conflictos familiares (separación o ausencia de los padres; consumo de drogas de algún integrante de la familia; entre otros).

- IV. Inquietud por el abandono escolar y la ausencia de proyectos personales.
- V. Dificultades en la relación entre padres e hijos (fracaso de la autoridad parental, expresiones de recriminación y desafío por parte de los jóvenes a sus padres, entre otros).
- VI. Malestares y síntomas físicos o corporales asociadas al consumo excesivo o prolongado.

4.1. Preocupación por el uso de sustancias y relación con la droga

Pudimos observar que la institución especializada, por su misma denominación, condicionó la consulta a partir de las causas que se adjudicaban a las manifestaciones de los adolescentes, tal como señala Ghía (2009) y lo confirman otras investigaciones (ONUDD, 2013). El término “adicto”, término cuyo correspondiente en la literatura especializada suele aparecer como “toxicómano” (Freda, 2009; Miller, 2005), se presentó en muchas de las entrevistas iniciales, bajo dos modalidades:

1. Identificación con el significante adicto o la asunción de una dependencia con alguna sustancia.
2. Rechazo del término adicto como marca identificatoria.

A continuación analizaremos estas dos modalidades y cómo se manifestaban en los enunciados de los pacientes de la casuística delimitada.

1. Una forma correspondió a la afirmación del propio paciente o la persona que lo acompañaba (padres o representantes de instituciones públicas o privadas) sobre su adicción, con la consecuente solicitud del turno.

En este aspecto debimos hacer una diferenciación entre los pacientes que se definieron como “adictos” o “drogadictos” y aquellos otros que describieron una relación de dependencia con la sustancia que implicaba que su existencia diaria estaba regulada por el consumo pero sin nominarse con el significante referido. En estos últimos casos podían definir esta relación como un “problema con las drogas” o “un vicio”, no siempre circunscribiéndola al término adicción.

Entre los casos que se definían como “adictos” se encuentra Eugenio (*caso 111*, 22 años), el cual planteaba que había adquirido “la adicción del alcohol”. Describió en la primera entrevista diferentes situaciones en la cuales se hallaba alcoholizado: robar el arma de su padre (en una de esas ocasiones, intentar matarse), discusiones con su madre y familiares, entre otras.

Otro caso es el de Rodrigo (*caso 28*, 21 años), el cual había solicitado él mismo el turno en el hospital pero, al haber decidido no asistir, su madre igualmente concurrió y explicó a los profesionales la situación de su hijo. Lo describió como adicto a la cocaína y subrayó su impotencia para que interrumpa el consumo. Solicitó un nuevo turno indicando que en el siguiente encuentro él se haría presente. La semana posterior Rodrigo arribó al hospital comenzando la entrevista diciendo “Mi adicción es a la cocaína, nada más, ni alcohol, ni marihuana, co-ca-í-na”. Señalaba que su consumo era diario desde hacía tres años, nunca se había detenido y que le estaba trayendo consecuencias a nivel familiar y en su cuerpo. Hacía dos semanas que había dejado de consumir, lo que le hacía experimentar una gran abstinencia, no sabía si recurrir “a la heladera o a las pastillas”. Los motivos o coyuntura de la consulta era ver a su madre “tan mal” a partir de su consumo. Suponía que el uso de la droga cambiaba su comportamiento: “Te cambia la personalidad, no sos vos, yo era diferente antes. Me cambia actitudes mías, histérico, de mal humor, cargoso”.

Dentro de este grupo también encontramos a Víctor (*caso 88*, 24 años), quien solicitó personalmente un turno en el hospital. Ya había realizado tratamiento en el Hospital de Día de la institución hacía unos años (por pedido de sus padres) y había estado internado en un centro de rehabilitación durante dos años. Expresó que volvía a demandar asistencia a partir de haber “caído otra vez en la droga, se descontroló todo de nuevo”. El hecho disruptivo fue conocer una mujer con la cual “otra vez” comenzó a consumir. Había terminado su relación con ella pero no así con la cocaína ya que le gustaba. Reclamaba atención por parte de su familia diciendo “porque yo soy drogadicto y sé que me mandé mil, pero la verdad no los entiendo, y siento que no sienten orgullo de mí, mirá, prefiero que no hagan nada antes de lo que hacen, de tratarme como si nada pasa”.

Andrés (caso 82), de 18 años, acudió nuevamente al centro de salud luego de haber realizado allí un tratamiento hacía dos años y de haber estado internado en una comunidad terapéutica hacía cuatro meses. En la entrevista expresaba “me sigue pasando lo de las adicciones. El tema es que cuando recaigo, recaigo en las actitudes, contestaciones que me hacen volver a drogarme. Se me complica mucho. A mí me es mucho esfuerzo hacer algo por mí”. Planteaba que había abandonado el centro especializado donde estaba internado sin que le dieran “el alta” a partir de “un par de errores que no puse en palabras sino que los actué”, refería.

Emilio (caso 46, 17 años) llegó al hospital a partir de un oficio penal. Mencionó que había querido asistir al hospital cuando se lo ofrecieron desde el instituto en que se encontraba porque cuando estaba “en la calle era muy adicto a la marihuana y a la merca”. Describía un consumo diario de marihuana y cocaína pero que hacía dos meses había interrumpido. En el centro de detención le habían dado “la medicación más alta que tienen” pero no le hacía efecto, explicaba, “la tomé recién y estoy normal”. Señalaba que sentía “puntadas en el corazón, en el pecho y en la sien, “como que te meten una lapicera”, exclamaba en referencia a la experiencia de abstinencia.

Otros pacientes describían su relación de dependencia y adicción con una sustancia que utilizaban y no con otra. Por ejemplo Simón⁴⁷ (caso 38, 21 años) aseveraba que desde los 15 años consumía cocaína y marihuana, pero su relación con esta última no era “una adicción”, arguyendo que podía abandonar su uso. “Me da lo mismo si fumo o no”. En cambio, no describía la misma relación con la cocaína, ya que comprarla le implicaba invertir todos sus ingresos. Su vida giraba en torno a su consumo, cuya satisfacción primaba en su existencia.

Asimismo Miguel⁴⁸ (caso 23, 17 años) afirmaba su adicción a la cocaína y a la marihuana, aunque también consumía benzodiacepinas y drogas de diseño. Las otras drogas no tenían para él las mismas implicancias subjetivas. Con respecto a

⁴⁷ Retomaremos luego este caso en el Apartado I. *Presentaciones en la admisión: la primera entrevista* del Capítulo 2. *Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico. Metodología, resultados y discusión* (Parte II).

⁴⁸ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

las primeras, que había empezado a consumir entre los 12 y 13 años, les adjudicaba las reacciones violentas que solía tener y los robos que realizaba para poder conseguirlas.

Gerardo (caso 72, 20 años) pidió un turno personalmente por “el tema de la droga”, para que lo ayudasen a realizar un tratamiento ya que había intentado “por voluntad propia” pero había fracasado. Inició su consumo de marihuana y cocaína a los 15 años. Hacía siete meses que había salido en libertad luego de ser detenido a los 18 años por un robo. En el momento de su egreso de la cárcel aumentó su consumo, lo cual describió de este modo: “Cuando salí, salía el jueves, viernes, sábado y domingo y tomaba demasiado y ahí me agarró un vicio con el alcohol”. Insistía en los problemas que le había acarreado, el “descontrol” que le provocaba, donde solía salir a robar bajo los efectos de diversos tóxicos (benzodiacepinas, alcohol, cocaína y marihuana). Muchas veces se despertaba en su casa con mucho dinero en su ropa y no podía recordar cómo y dónde lo había conseguido. “Me metí en problemas por estar empastillado”, remarcaba.

Diferente era el caso de Alejandro (caso 3, 18 años), quien había asistido previamente durante dos años a un servicio especializado en adicciones, y concurría al hospital llevado por sus padres. No le interesaba realizar el tratamiento en el momento de la consulta y expresaba que tampoco deseaba abandonar el consumo, que incluía varias sustancias, especialmente la marihuana. En ningún momento de la entrevista se definió como adicto o dependiente. Sin embargo, cuando se le preguntó si él compartía la preocupación de sus padres respecto a su uso de tóxicos y el interés por su posible interrupción respondió “Pero yo no quiero porque si tengo que dejar me tengo que encerrar o medicar porque ya se me hizo mucha costumbre”.

2. Otra modalidad correspondió al rechazo por parte del sujeto entrevistado de ser capturado por el significativo “adicto”, en la medida en que el paciente no se consideraba alguien que presentase una relación de dependencia con respecto al tóxico. Esta posición la encontramos en varios de los pacientes.

Ismael (caso 87), de 18 años, quien llegó a partir de un oficio penal por haber cometido un robo luego de consumir cocaína, repitió dos veces en la entrevista la misma frase: “yo no soy drogadicto...el cuerpo no me pide”. Pensaba en su familia ya que estaba sufriendo, a lo que añadió “dijo mi papá que me está perdiendo...yo no soy adicto a las drogas...”.

Marcos (caso 102), de 19 años, había asistido a la consulta por pedido de su madre. Expresaba que no se consideraba adicto, afirmando “no soy un pibe que anda drogándose todo el día. Me preocupó porque mi vieja estaba mal. La preocupación de ella es que me convierta en un adicto, que deje trabajar, de hacer deporte”. Agregó que consumía marihuana “cada tanto”, la cual le gustaba y no le acarrearía ninguna consecuencia para realizar actividad física, ocupación a la cual se dedicaba.

Oscar (caso 18, 14 años) arribó al hospital a partir de la solicitud de su madre por recomendación de su médico psiquiatra. Se encontraba preocupada por el supuesto consumo de su hijo, a partir de encontrar elementos que le hacían creer que fumaba marihuana. Declaraba que su hijo tenía “problemas con las drogas” y que no sabía “hasta dónde llegó” Oscar, aludiendo tanto al consumo de otras sustancias como a robos y actos delictivos. Oscar, ya solo en la entrevista, se mostró reticente y luego de que se le explicara los alcances del secreto profesional, expresó a los psicólogos “No lo veo como un problema, porque yo lo controlo, si quiero lo dejo, si quiero no lo dejo”.

Leandro⁴⁹ (caso 20), de 16 años, describía reiteradas situaciones de rechazo por parte de sus familiares aduciendo que se debía a que consumía drogas. Así declaraba “Por la droga, porque si le decís que soy adicto a los caramelos no hay problema pero si decís que sos adicto a las drogas, ahí sí”. En la misma entrevista la madre insistía en que lo atendiesen, lo internasen o le diesen una solución inmediata al “problema” de su hijo quien no estaba “capacitado para manejar su adicción”, preguntando por qué no lo “querían” en la institución. Frente a esos dichos Leandro respondía “Porque me drogo, no soy adicto, si quiero lo dejo”. Entre el rechazo, la aceptación y el desafío, el significante adicto parecía circular entre los participantes

⁴⁹ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

pero sin que el paciente pudiera o quisiera apropiarse del mismo para identificarse con él. En este caso, la droga se presentaba como la supuesta causante de las problemáticas de Leandro (su deserción escolar y su errancia en la calle, entre otras) y de los conflictos entre el joven y su madre.

Daniela⁵⁰ (caso 109, 17 años) también se presentó en el hospital junto con su madre, quien se mostró muy preocupada por sus “problemas bastantes importantes de conductas”. Daniela exclamaba que su madre la juzgaba como “drogadicta todo el tiempo”, porque tenía una planta de marihuana y fumaba. La entrevista, como veremos luego, se desplegó a través de acusaciones constantes entre ambas participantes, pero Daniela insistía en que no tenía problemas con las drogas. Al final del encuentro aceptó concurrir a entrevistas con un psicólogo de la institución diciendo “Yo le quiero dar el gusto con esto de las drogas, yo concientizarme que soy eso que dice. Ella siempre me tira todo el tiempo abajo”, aunque seguía rechazando la nominación de adicta o alcohólica, que según Daniela la madre le había otorgado.

En ambas vertientes de las modalidades descriptas (nominarse como adicto, dependiente, con un “problema con las drogas” o el rechazo de estos conceptos) se destacaron, por un lado, una posición de responsabilidad e impotencia respecto al uso del tóxico y el padecer que les conllevaba. Por el otro, en otros casos prevaleció la ausencia de implicación subjetiva y, en la primera forma (nombrarse como adicto), se agregó la consolidación de una identidad conformada desde la nominación del ser “adicto” (Silitti, 1995), lo cual conllevó muchas veces la imposibilidad del inicio de un tratamiento.

En consecuencia, en la casuística observamos que en muchos de los casos se le asignó a la droga el valor de agente etiológico del malestar subjetivo, que podía expresar el adolescente o manifestarlo a través de sus actos y conductas (Carew, 2010; Deltombe, 2009, 2010). En consonancia con esta perspectiva, los consultantes (ya sea el propio paciente o el que solicitaba la consulta) señalaron que el consumo suponía algunas de las siguientes consecuencias:

⁵⁰ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

- I. Inauguración de un camino progresivo en el uso de diversas sustancias a partir de la “inicial”. Es decir, la “escalada” (Arnoult, 2011) en el uso del tóxico, en la cual la utilización de una sustancia (especialmente la marihuana, considerada como droga “blanda”) constituiría la vía de acceso a otras (tales como la cocaína y las drogas de diseño, llamadas “duras” por algunos autores).
- II. Dependencia del tóxico y comienzo de un derrotero que podría culminar en la cárcel, la internación o la muerte.
- III. Malestar que interfería en la existencia del sujeto y el sufrimiento que les implicaba, puesto de manifiesto a través de la pérdida del lazo social y familiar.
- IV. Dificultades para establecer algún tipo de proyecto personal y estabilidad laboral, adjudicadas al consumo de drogas.

4.2. *Solicitud de internación*

Apareció en ocho (8) de los pacientes (7%), de los cuales seis (6) tenían más de 18 años de edad. Todos ellos apelaban a la institución como último recurso para poner fin a una situación que los superaba y que, presumían, los ponía en riesgo (intentos de suicidio, accidentes, actos delictivo y de violencia, posibles sobredosis, entre otros), donde cobraba preeminencia el temor a las posibles consecuencias del uso de la droga.

En este grupo la consulta fue tanto de los propios pacientes (el 50% de los jóvenes que querían internarse) como de un tercero judicial (37%) por razones similares. Cuando la consulta partió de la familia (13%), asumió además, en algunos casos, una forma de amenaza o sanción.

Debemos destacar que casi el total de los consultantes que exigían una internación (7 de los 8 pacientes) ya habían consultado previamente en el hospital en otra ocasión. Esto se vinculaba, por un lado, con uno de los criterios establecidos políticos e institucionales de Salud Mental (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010; Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2011) en el sentido del fracaso de intervenciones o medidas terapéuticas previas. Por el otro, confirmó una de las formas que suelen encontrarse en el tratamiento del consumo de sustancias: su abandono, en coincidencia con lo que menciona Sánchez-Hervás et al. (2010).

Las demandas de estos pacientes hacían referencia a un renovado pedido de asistencia a partir de haber abandonado el tratamiento o de considerar que el dispositivo ambulatorio no les resultaba apropiado para afrontar el padecer que experimentaban. Uno de ellos (José, caso 89, 19 años) planteaba: “vine pero no me sirvió, venía dos veces a la semana, estando así no me servía [...]. Consumía de todo, droga, alcohol, licor, mariposa. Y así hago mal a mi familia, ¿de qué me servía venir dos días a la semana? Por eso me quiero internar y no me gusta lo de los grupos”. A su vez, insistía en la necesidad de ser apartado de su entorno familiar, tanto de su hermano, con quien más consumía, como de su padre, quien se hallaba actualmente en tratamiento por adicciones.

De este modo, la internación pareció ser en muchos casos una alternativa al tratamiento ambulatorio, apelando a la interrupción del contacto social y familiar que el sujeto tenía hasta entonces, adjudicando al entorno la posible causa del consumo (López, 2006). Otros pacientes mostraron una búsqueda de asilo en una institución o establecimiento. Coincidimos con Stevens (2003) cuando, refiriéndose a esta cuestión, plantea que la coyuntura de este tipo de pedido está íntimamente vinculada al fracaso de las referencias subjetivas (como la familia y la calle) que funcionaban temporariamente en el joven, agravando la situación de errancia.

Uno de los pacientes, Alberto (caso 24, 25 años), arribó a la institución luego de haber asistido durante dos meses a un centro provincial especializado en adicciones, tratamiento que había interrumpido por considerar que no se sentía “cómodo”, ya que los profesionales del lugar no le prestaban atención ni “hablaban mucho”. En el momento de la entrevista se encontraba en situación de calle. Afirmaba que por la droga y el alcohol había estado preso y temía volver a realizar algún acto delictivo: “Yo vine buscando una internación. De ambulatorio no me sirve. Venir así me parece lo mismo. Ya me pasó a mí hacer ambulatorio”. Alberto ya había estado internado hacía dos años en una institución dedicada a la problemática de las drogodependencias pero había decidido abandonarla a causa de las discusiones que sostenía con compañeros del lugar. Subrayó un cambio respecto a aquel momento y el actual: por un lado, su edad, “yo era más chico en ese momento”, indicaba. Por el otro, las dificultades que hallaba en la calle en su existencia actual.

Agregó a su vez continuas fugas de su hogar desde los 13 años, errancias permanentes, continuado uso de sustancias como inhalantes hasta los 18 años y, en el momento de la consulta, marihuana, benzodiazepinas y cocaína. Expresó conflictos diarios con las personas con las cuales compartía su tiempo en la calle, donde “no había mucho orden”. Alberto insistía en poder ingresar nuevamente a un centro como modo de interrumpir su situación actual de consumo, errancia y malestar, que se presentaba difuso y circunscripto a la droga.

Otro caso es el de Natalia (*caso 81*, 22 años), que arribó a la institución luego de haber realizado tratamiento en la misma en dos diferentes ocasiones. La primera vez hacía tres años, tratamiento que abandonó luego de pocas entrevistas y, la segunda vez, a principios del año de la consulta actual, cuando también interrumpió el tratamiento. En la presente consulta dijo sentirse muy angustiada a partir de un episodio que le había sucedido a su hija. Suponía que los motivos de este hecho habían sido su negligencia y su falta de atención por no hallarse con ella (era su madre quien solía cuidarla). Natalia, quien estaba embarazada de tres meses en la coyuntura de la consulta, utilizaba diariamente diferentes tipos de sustancias (marihuana, cocaína, alcohol y benzodiazepinas). Demandaba una internación inmediata explicando “Porque sé que no puedo sola, venir acá, me hablan dos o tres horas y salgo y hago lo mismo. Yo necesito drogarme”. Al final de la entrevista ingresó su madre quien explicó que Natalia estaba “perdida”, permanentemente en la calle, “en peligro”, situación agravada por el hecho de estar infectada con H.I.V., sin tratamiento.

Otro caso es el Joaquín⁵¹ (*caso 51*, 21 años) quien llegó al hospital sin turno previo. Solicitó una internación a partir de la angustia, el malestar y la culpa que experimentaba por sus propias características así como por las consecuencias que el consumo le había acarreado.

Resumiendo, dentro de la categoría de internación pudimos distinguir diversas cuestiones. Por un lado, en algunos casos, encontramos que el consumo que otrora había funcionado como solución (no por eso síntoma en el sentido de producto

⁵¹ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

cifrado del inconsciente) ya no sostenía al sujeto o al menos ya no poseía la misma función en su económica psíquica subjetiva. Si la tenía, resultaba insuficiente y el consumo se había tornado problemático.

Por el otro lado, en otros pacientes, el pedido de internación se ubicaba en una línea de continuidad del consumo, no conformando una posible ruptura en la forma en que el sujeto apelaba al toxico para obturar la emergencia del malestar o la angustia sino como una modalidad diferente de no atravesar por un dispositivo como el ambulatorio, donde la palabra debía ponerse en juego en el tratamiento del uso y la función de la droga. De este modo, en muchos casos las entrevistas individuales, en un espacio al que el paciente debía concurrir, con un tiempo estipulado y delimitado, y donde debía hablar, no constituían para el sujeto una forma posible de interrumpir el uso del tóxico y el exceso concomitante de las drogas.

En otros pacientes, la situación familiar, el contexto social, la ausencia de perspectivas futuras y la desinserción institucional, hacen pensar que ellos buscaban en la internación un “cambio de vida”, el encuentro de referencias quizás nunca antes establecidas, o el abandono de las que poseían pero que una y otra vez lo conducían a un derrotero mortífero y compulsivo que, aparentemente, no incluía una salida sino sólo el ingreso, la caída, la “recaída” y el retorno al uso de la sustancia.

4.3. Aparición de otras presentaciones sintomáticas

Los tres (3) pacientes de este subgrupo (2%) consultaron porque consideraban que existía una ligazón entre el consumo (anterior o presente) y ciertas *presentaciones sintomáticas* (crisis de angustia o los llamados “ataques de pánico”). Dos de ellos ingresaron por primera vez, uno correspondía a una joven (Laura⁵², caso 32, 22 años) que asistió espontáneamente, a partir de la aparición de repetidos episodios de intensa angustia, frente a los cuales se realizaba cortes para apaciguarla. Otro (Jorge⁵³, caso 17, 19 años), derivado del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, arribó a la institución por renovados “ataques de nervios” luego de un suceso que señaló como disruptivo en su existencia. No podía explicar lo que le

⁵² Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁵³ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

sucedía, aunque vinculaba su aparición con su consumo anterior de cocaína. El tercero (Cristian⁵⁴, caso 4, 21 años), reingresante, se presentó en forma personal a la entrevista expresando experimentar crisis reiteradas de angustia que adjudicaba al consumo previo de sustancias.

Este tipo de presentación pareció ser un posible momento inicial para que los jóvenes pudieran intentar articular aquello enigmático atravesado por la urgencia con la localización de las coyunturas de su eclosión, como afirma Sotelo (2007, 2009).

4.4. Consultas “preventivas”

Finalmente, también sólo en dos pacientes (2%) la demanda se presentó como modo anticipatorio o preventivo al consumo, aunque no tuvieran ningún tipo de contacto con sustancias en el momento de la consulta. Uno de ellos (Julián, caso 70, 23 años), reingresante que consultó personalmente, planteó su preocupación por una futura “recaída”, a partir de la posibilidad de retomar el consumo y volver a tener diferentes episodios de riesgo personal (accidentes o regresar a la cárcel). El otro (Paula⁵⁵, caso 108, 17 años), una joven que acudió por primera vez por indicación de un juez de Tribunal de Familia, se presentó acompañada de su padre, quien expresó el temor de que ella consumiera, señalando reiterados episodios anteriores de automutilaciones y la presencia de importantes conflictos familiares.

5. Nivel de escolaridad

Nos pareció pertinente considerar el nivel de escolaridad o instrucción de los pacientes que analizamos (Figura 5).

⁵⁴ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁵⁵ Retomaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

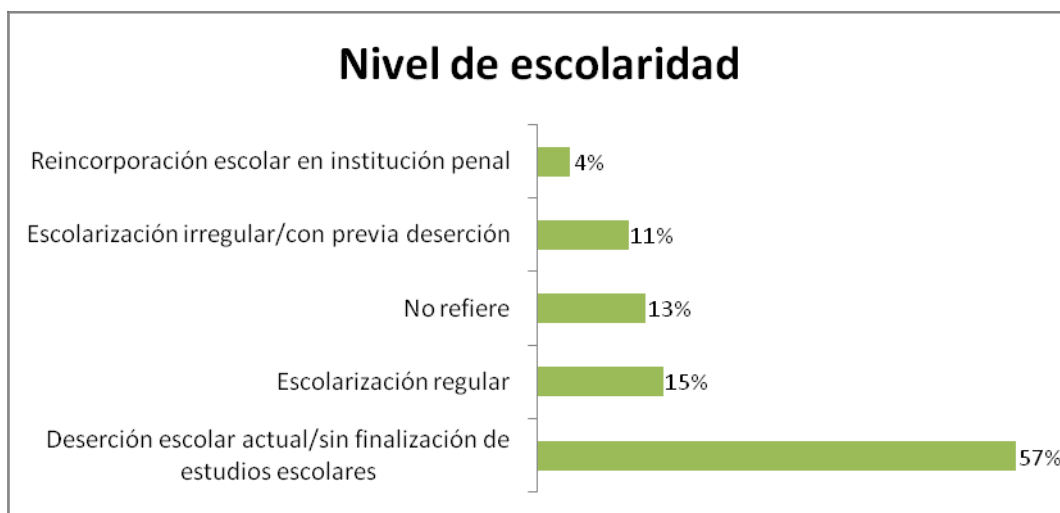


Figura 5. Distribución según el nivel de escolaridad de los pacientes incluidos (N=120).

De los 120 pacientes, sólo el 15% (19 casos) asistía o había concurrido a la escuela o colegio y/o había finalizado sus estudios (primarios o secundarios) en el momento de la consulta. El 57% de pacientes (68 casos) había abandonado la escolaridad previamente, sin volver a retomar los estudios, de los cuales más de la mitad (38 casos de los 68) tenía menos de 18 años al momento de concurrir al hospital. Entre todos los casos de desinserción escolar actual o que no habían finalizado la escolarización, la mayoría habían dejado de asistir a las instituciones educativas hacía más de uno o dos años.

Las razones que los pacientes dieron respecto al abandono o la inasistencia a la escuela fueron las siguientes:

I. Desinterés; II. Adquirir un empleo; III. Pérdida de la regularidad por inasistencias; IV. Sanciones por episodios de violencia/ expulsiones; V. Repetidos fracasos escolares; VI. Valor otorgado al grupo social (“la junta”) o de pares; VII. Situaciones de errancia y fugas; VIII. Dificultades económicas; IX. Problemas en el aprendizaje; X. Carencias familiares; XI. Internaciones; XII. Penas judiciales por delitos varios; XIII. Consumo de sustancias; entre otras.

Dentro de estos jóvenes encontramos en sus dichos los motivos que consideraban las causas de la interrupción de la escolarización. De este modo, Lucas⁵⁶ (caso 29),

⁵⁶ Analizaremos con mayor profundidad este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

de 14 años, quien arribó al centro de salud con un oficio del Tribunal de Familia, aseveraba, respecto a la escuela: “No me interesa, ya la dejé. Todavía no, más adelante, algún día. Todavía soy chico, no tengo que hacer nada”. Otro caso, Francisco (*caso 11*), de 20 años, quien no comenzó el nivel secundario, frente a la pregunta de las razones por las cuales había repetido el año escolar en diversas ocasiones, aducía: “Por conducta, por no querer entrar, la droga, por vago. A veces no consumía y por eso tampoco entraba”. Otro paciente, Miguel⁵⁷ (*caso 23*), de 17 años, adjudicaba el abandono a carencias familiares: “Yo dejé la escuela a los 13 años. No tengo papá, yo no me supe criar con un padre. No tuve un padre que me dé un cachetazo y me diga “No, esto no hagas”. Leandro⁵⁸ (*caso 20*), de 16 años, también relacionaba su deserción escolar con su situación familiar: “Dejé hace 3 años. Desde los 13 años. No es que dejé de un día para el otro. El año pasado empecé y dejé. No tenía dónde vivir. Nadie me quiere, mis hermanas, mi abuela”. Álvaro (*caso 10*, 13 años), cuando se le preguntaba por las razones de las reiteradas expulsiones que había experimentado de diferentes colegios expresaba “Yo cuando iba a un colegio y no me gustaba empezaba a hacer todo para que me echaran”. Hugo (*caso 16*, 18 años) llegó al hospital por indicación del juez del ámbito penal luego de haber cometido un robo bajo los efectos de “pastillas”, las cuales había ingerido por primera vez. Cuando habló respecto a su situación escolar, respondió: “A los 9 dejé la escuela. Por el tema de la junta... Cuando iba a la escuela me aburría”. Juan (*caso 117*), de 21 años, comentaba “preferí ir a drogarme que ir a la escuela. Fui dos meses al principio del año pasado pero dejé. Aparte la droga está en todos lados, tenés que aprender a decirle que no”.

Junto a estos casos también pudimos observar que 13 pacientes (11%) que habían completado sus estudios o que asistían actualmente al colegio, habían previamente abandonado el mismo o repetido de año varias veces. Las razones con respecto a esta situación eran similares a las del grupo anterior, tales como el consumo de sustancias, problemas de aprendizaje, desinterés, adquirir un empleo, entre otras, a las cuales también se agregaron las situaciones de angustia reiteradas.

⁵⁷ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁵⁸ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

Entre estos jóvenes, Laura⁵⁹ (caso 32), de 22 años, que consultaba espontáneamente por reiteradas crisis de angustia, refería así “Cuando yo era chica a los 16 años iba a un centro de adicciones porque me mandaron de la escuela. La psiquiatra me daba pastillas para la ansiedad. En tercer año perdí el año porque consumía mucha merca. Pero como era muy buena alumna, abanderada, todo, me reincorporaron dos veces”. Agustín (caso 96), de 20 años, expresaba que aún no había finalizado sus estudios secundarios y agregaba “me faltan siete materias y termino, voy semipresencial ahora. En su momento por ahí no entraba en la escuela por irme a drogar. Me jode, yo debería haber terminado hace tres años”. Paula⁶⁰ (caso 108) aducía haber interrumpido su asistencia al colegio a partir de sentirse “ahogada” allí, al igual que en otros ámbitos fuera de su hogar. No continuó yendo al colegio por la emergencia de repetidos episodios de angustia, pidiéndole muchas veces a su padre que la retirara del mismo. Ahora había regresado y comentaba “ahora volví al colegio como repetidora, todo por no ir más”, a lo cual añadía que había sido suspendida la semana de la consulta por hechos de violencia con una compañera.

Alejo (caso 110, 17 años), quien había abandonado el colegio por un tiempo y había reingresado, declaraba “Cuando dejé la escuela era droga, droga, droga, y ahora me cuesta engancharme”. Aludió a su interés por finalizar sus estudios pero también a las dificultades que encontraba. Relacionaba su solicitud del turno con sus problemas en la institución escolar, ya que varias veces no le habían permitido ingresar por el estado en que se hallaba por fumar marihuana. “La profesora me dijo que no podía estar así. Le dije a la asistente social, le dije de este lugar y ella me sacó el turno para acá”, expresaba.

Otros casos (4%) que llegaban al hospital a partir de una derivación judicial penal, habían abandonado la escolaridad en el momento de ser detenidos, pero, a partir de encontrarse en las instituciones (institutos o cárceles), fueron reincorporados en la enseñanza que se impartía en ellas. Describían el retorno muchas veces con entusiasmo. En estos casos, la medida judicial parecía haber cobrado el estatuto

⁵⁹ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁶⁰ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

de una intervención donde previamente no había funcionado adhesión alguna a una determinada institución (social, familiar o educativa).

En este aspecto, podemos retomar lo que anteriormente planteábamos con relación a dos cuestiones. Por un lado, cuando hacíamos referencia a Dolto (1988/1990) y a su insistencia en la línea divisoria excluyente entre escolarización e independencia, liberación económica y desarrollo personal. En la misma línea se encuentra Epstein (2007), para quien los cambios sociales ligados a la época industrial han tenido consecuencias en las dificultades actuales de los adolescentes para separarse de sus padres. En las sociedades preindustriales, la entrada de las jóvenes generaciones en el mundo del trabajo se realizaba precozmente, a diferencia de la situación actual. Este autor propone la supresión de la educación compulsiva, entre otras propuestas polémicas que establece para el logro de la independencia de los jóvenes, considerando que en la sociedad contemporánea la adultez es aplazada hasta luego de los veinte o treinta años.

Si analizamos las entrevistas que presenciamos, notamos que muchos de los jóvenes que no se hallaban escolarizados sostenían que el abandono del sistema educativo se hallaba vinculado a situaciones y dificultades subjetivas que denunciaban como formas de exclusión y desinserción social. No circunscribiéndose al consumo, abuso o dependencia del tóxico como motivo preeminente del abandono de la escolaridad, los pacientes mencionaban otras cuestiones que excedían o acompañaban el uso de drogas en un derrotero sinuoso e inconstante. Los reclamos a sus padres o familiares por no haber funcionado como posible sostén simbólico, el cometer delitos y recibir sanciones de un Otro judicial al cual se veían obligados a responder, el recurso al tóxico como solución o vía de escape a exigencias y responsabilidades del Otro social encarnado en instituciones como la educativa, junto con la caída de la autoridad de las figuras de los maestros, en las cuales tanto insistía Freud (1914/ 1991d), fueron algunas de las coordenadas en las que los pacientes que analizamos se entramaban o intentaban ubicarse.

Frente a estos resultados, debemos, por un lado, considerar las características del contexto familiar y social actual, donde los ideales se han multiplicado y al mismo tiempo muchos han perdido su peso (Soler, 2000, 2001). En esta dirección priman la desorientación y la fragmentación o diseminación de referencias simbólicas universales (Soler, 2000) por sobre la transmisión simbólica del discurso del amo y la identificación, que en otros momentos cumplía la función de regular y limitar el goce (Amadeo de Freda, 2015; Lacan, 1969-70/1991; Stevens, 2003).

Pero, por el otro lado, también deberemos insistir en la posición singular de cada adolescente frente a esta coyuntura de la época. Coyuntura actual que por razones estructurales no puede dejar de tener efectos subjetivos especialmente en el momento de la adolescencia, si consideramos las transformaciones que se operan en este momento en el registro identificadorio en el que sujeto deja de ser un niño. Y en muchos casos no sabe hacia dónde lo lleva el camino futuro.

Por eso mismo, junto con el abandono de la regularidad escolar escuchamos en los pacientes la presencia de situaciones repetidas de violencia, fugas, errancias, intentos de suicidio, sobredosis, y otras de las llamadas “conductas de riesgo” (Le Breton, 2007), en las cuales la interrupción de la escolaridad es una más de las expresiones de “lo que no marcha” (Sosa, 2008, p.11), pero que el sujeto no puede poner en palabras sino en actos.

6. Conductas de riesgo asociadas

Muchos autores, entre ellos, Le Breton (2013, 2014b) consideran el consumo de sustancias como una de las conductas de riesgo. Hemos delimitado, dentro de los pacientes que utilizaban tóxicos, otras formas de estas conductas. De este modo, observamos que en 76 de las 120 consultas analizadas (63%) aparecieron actos delictivos y de violencia, fugas y errancias, sobredosis (o intoxicaciones), intentos de suicidio, autolesiones y accidentes de diverso tipo (Figura 6), como ya anticipábamos.

En la mayoría de los casos se presentaban más de un tipo de ellas: sólo 18 pacientes exhibía una sola forma de conducta de riesgo. En esos casos, junto con el

consumo, lo que prevalecía era el haber cometido delitos o robos (diez casos), haber tenido intentos de suicidio (tres casos) o episodios de violencia (dos casos).

El resto de los pacientes que presentaban conductas de riesgo (57 casos de los 76) mostraban varias formas de exponerse al peligro, como veremos más adelante. En consecuencia, las manifestaciones en la mayoría de los casos no se excluyen, por lo cual los datos numéricos son relativos al total de frecuencias establecidas respecto a la presencia de estas conductas en los pacientes (Tabla 2).

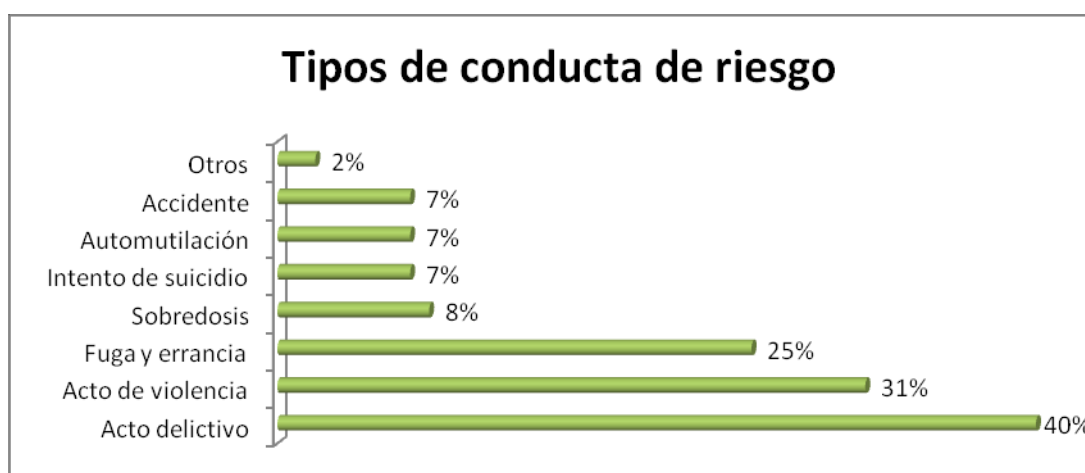


Figura 6. Distribución relativa según el tipo de conductas de riesgo presentadas por los pacientes.

Tabla 2

Tipo de conducta de riesgo (frecuencias y porcentajes relativos)

Tipo de conducta de riesgo	Frecuencia	% relativo (N= 153)
Acto delictivo	48	31
Acto de violencia	37	24
Fuga y errancia	30	20
Sobredosis	10	7
Intento de suicidio	9	6
Autolesión	8	5
Accidente	8	5
Otros	3	2
Total	153	100

Resulta interesante destacar la procedencia de la consulta en el total de los pacientes que manifestaban este tipo de conductas: el 46% consultó a partir una disposición judicial (Penal o Tribunal de Familia) y el 26% lo hizo por pedido de sus padres, mientras que otros asistieron personalmente (14%) o partir de una derivación escolar, médica o laboral (14%).

Por otra parte, el 76% de este grupo de pacientes consultaba por primera vez al hospital especializado, mientras que el restante ya lo había hecho previamente (reingreso). Con respecto al modo de consumo, 64 de los 76 pacientes utilizaba varios tipos de sustancias (policonsumo). Finalmente, respecto a la edad de estos pacientes, 50 de ellos (el 66% del conjunto) tenían entre 13 y 17 años en el momento de la consulta.

Enseguida analizaremos cada uno de los tipos de conductas que delimitamos, pero ya podemos destacar, con referencia al total de pacientes de este grupo, que en sus relatos se presentó una focalización en términos causales entre su presentación y determinadas circunstancias (abandono, indiferencia, marginalidad, sentimiento de exclusión, sobreprotección y horizontalidad en la relación entre padres e hijos), coincidiendo con lo que señalan Deltombe (2010), Lacadée (2007) y Le Breton (2014). Estos comportamientos parecieron formas “salvajes” de la búsqueda del joven del “lugar y la fórmula” como referencias simbólicas que le permitieran lograr el pasaje de la niñez a la edad adulta, cuando las insignias pretéritas se mostraron fallidas (Lacadée, 2007; Mitre, 2014). A su vez muchos de los cuadros de intoxicación, como veremos, se presentaron como una forma de apaciguar la angustia vinculada con la falta de un discurso parental que sostuviera algún tipo de legalidad (López, 2006). En otros casos, los actos de violencia se manifestaron como expresiones de problemáticas de filiación y transmisión (Brousse, 1998).

A continuación analizaremos cada una de las categorías dentro de este tipo de conductas.

6.1. Actos delictivos

De los 120 pacientes de nuestra casuística, 48 de ellos había cometido algún delito o robo. Podemos preguntarnos si este tipo de modalidades delictivas

pueden ser incluidas entre las llamadas “conductas de riesgo”. Consideramos que el hecho de cometer un delito como el robo y otras transgresiones sancionadas en el plano legal pueden conllevar la pérdida de libertad y condenas penales, lo cual nos ha habilitado a subsumir estas formas dentro de las conductas de riesgo.

Dentro del grupo de los pacientes que habían cometido algún delito el 70% (33 casos) tenía entre 13 y 17 años. Sólo había tres (3) mujeres entre el conjunto delimitado. Con respecto al origen de la demanda, en 67% de los casos (32 pacientes) arribaron desde el ámbito judicial (23 casos del ámbito penal y 9 del Tribunal de Familia). Nueve (9) casos (19%) lo hicieron a través de un pedido de los padres, mientras que 9% lo hizo de modo personal (4 casos) y 6% por derivación (3 casos).

Los delitos y robos en los pacientes tuvieron diversas modalidades: desde hurtos hasta robos con armas.

En muchos de los casos se mostraron como un modo de transgresión o desafío al orden social establecido, identificación con insignias del Otro familiar (muchos padres o hermanos se hallaban detenidos en institutos o prisiones), vía de acceso a la droga, entre otros. En este último caso encontramos a Miguel (caso 23), de 17 años, el cual expresaba en la entrevista de admisión “yo robaba para drogarme”. Otro paciente, Adrián (caso 91), de 20 años, frente a la pregunta de cómo lograba conseguir las drogas que consumía (marihuana, alcohol y benzodiacepinas), respondía “salgo a robar”. Diferente fue el caso de Roberto (caso 27), de 17 años, que llegó a través de un oficio penal por robo calificado con portación de armas. Hizo referencia a un episodio en el cual entró a robar a un negocio, suceso que provocó que su novia se separara de él. “Fuimos a robar una inmobiliaria, 27 lucas y me compré la moto y una cadena de oro. Es algo lindo. Eso fue a principio de este año y corte que no le gustó nada lo que hice, no quería que robara. Qué te puedo decir. La piba se portaba bien, me aconsejaba, me decía “no hagas esto, no hagas lo otro”. Pero a mí me interesó. Mucha plata”. Otro caso, Franco (caso 25, 18 años), quien también consultaba a partir de un oficio penal, adjudicaba sus

robos a las drogas, inhalantes que comenzó a consumir desde los 12 años. De este modo expresaba: “La droga me llevó a robar. Yo me quiero recuperar”.

Muchos pacientes plantearon que los delitos no los realizaban bajo el efecto de las sustancias, como Agustín (caso 40, 15 años), quien mencionaba haber robado varias veces, luego de haber usado algún tóxico así como sin haber consumido.

6.2. Actos de violencia

De los 120 pacientes de la casuística, 37 exhibían actos de violencia. Solo cuatro (4) eran mujeres. El 73% (27 casos) de este grupo tenía entre 13 y 17 años.

En el 70% (26 casos) del conjunto la demanda provino del ámbito judicial (16 casos del fuero penal y 10 pacientes de los Tribunales de Familia). En siete (7) de los pacientes que presentaron actos violentos la consulta se realizó a partir de los padres (19%), mientras que sólo el 5 % consultó personalmente (dos casos). El resto fue por derivación (dos casos).

Los actos de violencia estaban referidos a peleas callejeras, golpes a terceros, agresiones con algún tipo de arma (blanca o de fuego) y homicidios.

Uno de estos casos fue el de Mariano (caso 77), de 17 años. Relataba que había protagonizado un episodio violento con un grupo de muchachos, y luego de recibir un corte en el rostro, le disparó dos balazos a uno de ellos, que se hallaba internado. Otro fue el de Álvaro (caso 10, 13 años), quien mencionó que los hechos de violencia que describía en la entrevista le han sucedido también en la escuela “Me echaron del colegio en 2º grado. Un día estaba en el colegio y mi mejor amigo me estaba haciendo burla y lo agarré y le pegué la nuca contra el piso y después agarré una silla y le quería pegar a la señorita”. Ramiro (caso 6), de 19 años, se presentó en la entrevista junto a su madre, quien relató que la había golpeado, al igual que a su hermana embarazada, y que había matado a la mascota de la familia. Ramiro también fue uno de los pacientes que mencionó varios intentos de suicidio previos, concomitantes a reiterados sucesos de violencia.

Roberto (caso 27, 17 años), al que hicimos alusión con respecto a los diversos robos realizados, relataba que ya había tenido otras causas judiciales, entre ellas,

una por intento de homicidio. Describía la situación en la que ocurrió: “Yo andaba con una piba y ella andaba con un pibe de 24 años y le pegué un tiro porque él me pegó dos tiros”. David (caso 36), de 17 años, también arribó a partir de un oficio penal, asociaba su inicio en el consumo (de drogas de diseño e inhalantes) a los 14 años a partir de hechos de violencia con compañeros. De este modo expresaba “me vivía agarrándome a las piñas porque andaba buscando quilombos”. Al mismo tiempo remarcaba que solía disgustarse si injuriaban a su madre, ya que lo sentía como una provocación para pelearse.

6.3. Fugas y errancias

Los episodios de fuga y errancia se presentaron en 30 pacientes (tres de ellos eran mujeres). El 77% tenía entre 13 y 17 años. El origen de la demanda provino en su mayoría de instancias judiciales y de los padres. Muchos de estos pacientes describieron haber partido de su casa varias veces o fueron sus padres quienes denunciaron su ausencia sin que pudieran saber dónde se encontraban. Las fugas se presentaban también en muchos de los pacientes que se hallaban internados en comunidades terapéuticas o en institutos cerrados. Estos pacientes expresaban pasar períodos prolongados de tiempo en la calle, sin regresar a sus hogares.

Ricardo (caso 43), de 16 años, que en el momento de la consulta vivía con su tío, comentaba que había vivido en la calle entre los 13 y 15 años, luego de irse de la casa de su madre. Cuando se le preguntó por la razón del abandono de su hogar, respondió: “por mi mamá, no me dejaba hacer nada y yo me fui y no volví nunca más. Quería que vaya a la escuela y yo no”. Agregó que en la calle “robaba nada más” o limpiaba vidrios a algún auto en los semáforos. A su vez indicó que no conoció nunca a su padre, aunque consideraba al padre de su hermana menor como si fuera el suyo. Tenía una buena relación con él pero hacía un año que no lo veía desde que había empezado a fugarse. Sebastián (caso 8), de 14 años, recuerda como un momento triste el hecho de que hacía dos semanas se había ido de su casa cuatro días y luego de regresar “lo miraban mal”, por lo que decidió volver a escaparse.

Notamos en muchos de estos casos la preeminencia de la vacilación y la desorientación que, junto con otras manifestaciones, pueden ser incluidas en problemáticas ligadas a la clínica del Ideal del yo, vinculado con la función del Nombre del Padre. De este modo se conformaron en formas de recurso simbólico e intentos de compensación ante la insuficiencia de límites y referencias significantes que permitieran orientar el malestar (Lacadée, 2007, Mitre, 2014, Sauvagnat, 2004).

6. 4. Sobredosis o intoxicaciones

De los 120 pacientes, diez (10) presentaron episodio de intoxicación. Esto representa el 8% del total de los 120 casos y el 13% de los 76 casos delimitados con conductas de riesgo. Estos pacientes tenían entre 14 y 20 años. Dos de ellos eran mujeres. Ocho (8) de ellos tenían menos de 17 años en el momento de la consulta. Por otra parte, muchos habían experimentado la intoxicación o sobredosis poco tiempo antes de la consulta. En esos casos, luego de haber estado internados, sus padres consultaban en el hospital donde trabajamos para iniciar un tratamiento, ya sea ambulatorio o una internación en un centro de adicciones. En estos pacientes, la consulta estaba atravesada por la urgencia (Sotelo, 2007, 2009) y la angustia de los padres.

Con respecto al tipo de sustancia que produjo la intoxicación la mayoría de los pacientes refirieron haber consumido alcohol combinado con benzodiazepinas (cinco casos) o con marihuana (un caso). El resto de los pacientes expresaron que la sobredosis había sucedido luego de ingerir grandes dosis de cocaína (dos casos) o benzodiazepinas (un caso) o alguna droga “desconocida” que había sido introducida en su bebida sin que el paciente lo supiera (un caso). Debemos agregar que en todos los casos los pacientes frecuentemente solían consumir más de una droga (policonsumo).

Notamos aquí que ninguno de estos casos coincide con lo que previamente describimos como *binge drinking* (Arnoult, 2011; OMS, 1994), en el sentido de que estos jóvenes utilizaran “abusivamente” y sólo del alcohol hasta desvanecerse. Sin embargo, podemos suponer que en estos pacientes el consumo excesivo de esta

sustancia y su combinación con otras, depresoras o alucinógenas (como las benzodiacepinas, la marihuana, drogas de diseño), estuvieron dirigidos a la búsqueda de acallar todo malestar, de estar suspendidos en un estado en el que ellos quedaran “borrados”, “inconscientes”. Muchas veces también ellos mismos aludieron a la ausencia total de recuerdo de lo que habían realizado en el periodo inmediatamente posterior a la ingesta del fármaco.

Estos matices nos recuerda aquello que Le Breton (2014) definió como “blancura”, una de las formas de las conductas de riesgo, que podemos interpretar como el intento del sujeto de desaparecer, convertirse en diáfano o transparente respecto a las coerciones y mandatos superyoicos o vinculados a ideales. Vemos aquí cómo el sujeto apela, a través del tóxico, a evitar la confrontación con un Otro social, familiar o institucional. Esta cuestión la constatamos en uno de los pacientes, Nahuel (*caso 119*), de 14 años, cuando hablaba del efecto que buscaba en el consumo de clonazepan (benzodiacepinas). De este modo expresaba “te aplasta el tren”, donde el significante de aplastamiento, subjetivo, podemos agregar, cobraba protagonismo en su recurso a la droga.

Recordamos nuevamente aquí a Freud y su descripción de los efectos del tóxico. Precisamente, nos hablaba de las dificultades del ser humano para poder arreglárselas con el malestar. “El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación” (1930/1979, p.77). No pudimos en todos los casos delimitar de qué sufrimiento se trataba en estos jóvenes, donde no obstante en la primera entrevista ya dejaban entrever ciertas dificultades para poner en palabras su malestar. Soluciones fallidas de separarse de un Otro al cual permanecían, sin embargo, adheridos. Sus episodios de sobredosis convocaron, todas las veces, la presencia de sus padres o familiares, que también nos permite entender una modalidad de llamado al Otro. En el derrotero de posibles búsquedas “salvajes” del lugar y la fórmula (Lacadée, 2007; Mitre, 2014), fueron, podemos conjeturar, formas de respuesta al fracaso en la transmisión de ideales y a la ausencia de coordenadas simbólicas reguladas junto con la fragmentación social y el desfallecimiento del Otro como referente simbólico (Miller, 2005; Soler, 2000, 2011).

Sin embargo, también debemos reconocer en muchos de estos casos la búsqueda de satisfacción a partir del uso de la droga, con referencia al goce autoerótico del cual nos hablaba Miller (1995). En ellos pudo observarse lo que este autor planteaba acerca del tóxico y su uso: “el cortocircuito sin mediación, una modificación de los estados de conciencia, la percepción de sensaciones nuevas, la perturbación de las significaciones vividas del cuerpo y del mundo” (Miller, 1995, p.15) en clara alusión a las dificultades de confrontar la castración o el acceso al problema sexual.

Por otra parte nos preguntamos, en estos pacientes, cuál era la posición subjetiva que habían asumido respecto al episodio experimentado. ¿Es que esta intervención en lo real, la intoxicación, había funcionado como coyuntura de ruptura con la continuidad de su existencia?

Para un grupo de pacientes constituyó un suceso de conmoción mientras que para otros se inscribió en la serie de acontecimientos en los cuales el exceso o el mal cálculo (Stevens, 2001) se conformó en un hecho al que no otorgaron mayor significación.

Cecilia (caso 85), de 17 años, fue de las pacientes que, luego de ser internada por consumir cocaína adulterada (que, según denunciaba, se la habían ofrecido sin que supiese su contenido), describió el momento de su internación posterior a la sobredosis como un punto de discontinuidad. En la entrevista de admisión expresaba su preocupación diciendo: “Cuando salí del hospital me saltó la ficha. Después de lo que me pasó no quiero saber más nada con la droga, quiero hacer las cosas bien, yo quiero salir. (...) Nunca me había pasado algo así. (...) Yo estuve grave, pero me salvé. (...) No quiero desaprovechar esa posibilidad que me dieron”. Mencionaba haber experimentado alucinaciones durante la internación e insistía en que antes de ese episodio se mostraba “diferente”, no respondía a su madre, se sentía “muy cambiada”. Aducía en la consulta que la muerte de su padre, ocurrida hacía varios años atrás, la había afectado profundamente: “Eso me pone mal, siempre lo tengo presente, lo necesitás. Si estuviera mi papá, esto sería diferente. Desde que él murió yo empecé a cambiar. La junta, hacía todo lo

contrario. Porque mi papá me tenía así, firme, cortita. “No salís, vas a la escuela”, todo”.

En Leonardo⁶¹ (caso 95, 19 años), la sobredosis de alcohol, junto con el fumar marihuana durante días que tuvo como consecuencia una pérdida de conocimiento, culminó en la escena en la que su madre pudo “ver” y así descubrir su consumo. Sólo después de esta situación pudo contarle lo que le ocurría y que mantenía en secreto. De este modo, se constituyó como coyuntura de consulta a un centro de salud para tratar su problema con el uso de sustancias.

Otros pacientes, por el contrario, no consideraron la intoxicación y la subsiguiente hospitalización como episodios disruptivos en sus vidas. Lucas⁶² (caso 29), de 14 años, consideraba que su edad y el hecho de ser “menor” habilitaban su consumo presente del tóxico así como los excesos en su uso. “Si es como nada venir acá”, expresaba, en referencia a la consulta en el hospital y agregaba, respecto a su intoxicación ocurrida hacía pocos días, donde estuvo en grave estado de salud, “una vez sola que me pase no es nada”. Este caso, al igual que el anterior, es otro de los que retomaremos⁶³ cuando analicemos esta forma de presentación, donde en la demanda de atención priman el desafío junto con la queja y la recriminación a un Otro paterno fallido. Sabrina⁶⁴ (caso 22, de 15 años), es otra de las formas de estas presentaciones que también abordaremos luego en el análisis de las primeras entrevistas. Estos pacientes no pudieron ubicar tampoco las coordenadas en las cuales se produjo el exceso. Lucas (caso 29), cuando se le preguntó por la sobredosis de alcohol y benzodiacepinas, respondió “fue esa vez, es que me metí muchas pastillas y con vodka, y bueno, me pasó”.

6.5. Intentos de suicidio

El 12% (9 casos) de los pacientes que presentaban conductas de riesgo habían tenido intentos de suicidios. Estos episodios habían sido previos (seis casos, los

⁶¹ Estudiaremos este caso con profundidad en el Apartado II del Capítulo 2 (Parte II).

⁶² Volveremos sobre este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁶³ Analizaremos luego este caso en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

⁶⁴ Haremos alusión a esta presentación en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

cuales eran varones) u próximos en el tiempo (tres casos, uno de ellos varón y dos mujeres) a la coyuntura de consulta. En estos últimos, la consulta presentaba muchas veces las características de la urgencia (Sotelo, 2007, 2009). La edad de estos pacientes era de entre 15 y 22 años. La demanda fue mayoritariamente a partir de los padres (tres casos) y de tribunales (penal y de familia, también tres casos). Sólo un paciente consultó espontáneamente mientras que otro lo hizo a partir de una derivación de la institución en la cual había solicitado empleo.

A su vez, en todos los pacientes se presentaron, junto con las tentativas de suicidio y el consumo de sustancias (de varias drogas), otras conductas de riesgo. De este modo, diferenciamos cuatro grupos de pacientes que concomitantemente a sus intentos de terminar con su vida exhibían otras de estas formas:

- I. Reiterados cortes en su cuerpo (tres casos).
- II. Actos de violencia (dos casos).
- III. Manifestaciones de violencia, delitos y fugas (tres casos).
- IV. Delitos y autolesiones (un caso).

Es difícil poder lograr unificar las coyunturas de los intentos de suicidio de los pacientes que analizamos. Muchos de ellos expresaron que la muerte se presentaba como una alternativa o solución frente a determinadas situaciones tales como la separación de sus padres, conflictos y discusiones con alguna de las figuras parentales, rupturas amorosas, prolongados periodos de soledad y angustia.

En algunos el intento de suicidio se presentó como una amenaza correlativa a la exigencia inmediata de internación. Éste fue el caso de Pablo (caso 98), de 17 años, quien exclamaba, “yo quiero que me internen hoy, no voy a aguantar otro día, me quise matar, todo, tengo todos los brazos cortados”, mostrando las marcas en su cuerpo.

En otros, la muerte se entramaba en la situación conflictiva con alguno de sus padres. Daniela⁶⁵ (*caso 109*; 17 años), expresaba “no tengo nada, no tengo plata. Abrí las hornallas, no funcionó, me pongo mal por la situación con mi mamá”.

Eugenio (*caso 111*), de 22 años, relataba sus dificultades en el vínculo con su madre, con la que siempre discutía y que le adjudicaba “problemas con el alcohol”. Eugenio mencionaba una serie de fallecimientos en su familia, entre ellos el de su padre, su hermano y su sobrina, quien se suicidó “porque no soportó la muerte de su propio padre”. A esto agregaba “Yo también pienso en matarme pero me dicen que no, que tengo una misión”.

También algunos de los pacientes manifestaron que desde la infancia la idea de muerte había sido una constante en sus vidas. Ernesto (*caso 113*), de 18 años, decía “siempre me quise matar (...). Siempre pensaba en matarme”. En él la idea de la muerte siempre había estado presente, aunque mencionaba que sólo había quedado en el plano del pensamiento. “A veces me pongo a pensar, qué será después de muerto. Uno cuando muere, se muere sin llevarse nada”. No obstante, la última discusión con su madre lo había llevado a intentar matarse queriendo cortarse el cuello con una botella.

Otra paciente, Patricia (*caso 107*), de 15 años, expresaba “yo estaba muy triste (...). Yo siempre pensaba en la muerte (...). Yo no lo veía a mi papá, mi mamá trabajaba todo el día, sentía que tenía una vida de mierda, cualquier cosa que me pasaba pensaba que mi vida era una mierda”. Patricia también señaló durante la entrevista que se realizaba cortes en sus brazos, como veremos enseguida.

6.6. Autolesiones

De los 76 pacientes que exhibían estas conductas, ocho (8) se habían realizado algún tipo de lesión (cortes o quemaduras), de los cuales tres (3) eran mujeres. Las edades de los consultantes se hallaban entre los 15 y los 22 años, no prevaleciendo una distinción entre los menores y mayores de 18 años de edad. La demanda en este grupo provino del ámbito judicial (tres casos), de los padres de

⁶⁵ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

los pacientes (dos casos), de los propios entrevistados (dos casos) y de una derivación institucional (un caso).

En la mayoría de los casos se mostraron como formas de solución del malestar, angustia o situaciones conflictivas, donde el sujeto se infringía una herida para aliviar el sufrimiento (Le Breton 2013, 2014).

También consideramos que algunos de estos episodios, el efectuarse cortes o quemaduras en el cuerpo, pueden coincidir con lo que plantea Dhéret (Lacadée, 2009) cuando alude a los nuevos síntomas. Experiencias que hacen referencia a formas de goce ilimitado donde el otro o el partenaire quedan excluidos.

En siete (7) pacientes las autolesiones eran cortes en los brazos o piernas. Dentro de ellos encontramos a Laura (*caso 32*, 22 años), quien expresaba que hacía dos años se había lastimado las piernas y los brazos. Estos cortes se produjeron a partir de reiteradas crisis de angustia que describía como ataques de pánico. De este modo declaraba su impotencia cuando experimentaba estos episodios, apelando a injuriarse alguna parte de su cuerpo “para no continuar en esa situación”. Simón (*caso 38*), de 21 años, comentaba, con respecto a la oferta de tratamiento, que no le gustaban los psicólogos y agregaba: “pienso que son mentirosos, no confío, pienso que no le interesan tus problemas. La última vez que fui a una psicóloga me corté todo”, explicando cómo se había realizado heridas en sus brazos⁶⁶.

Otro de los casos fue el de Ernesto (*caso 113*, 18 años), que comunicaba que se había realizado las incisiones a partir de la separación de su pareja. Antes nunca se había cortado. Frente a la pregunta de los motivos de las lesiones que se provocaba, respondió “porque me dolía”. Ernesto había estado internado en un hospital general como consecuencia de intentar cortarse el cuello con una botella. En este paciente, al que ya nos hemos referimos cuando aludimos a las tentativas de suicidio, los cortes aparecieron en una línea de continuidad con el consumo y los actos delictivos. Así, cuando se le preguntó por qué quería abandonar el

⁶⁶ Estos dos casos serán analizados con mayor profundidad en el Capítulo 2 (Parte II).

consumo respondió “Porque me pierdo. Cuando me dejó mi ex me drogaba, salía a robar, me cortaba, no quiero tener estas cicatrices”.

Patricia (*caso 107*, 15 años), como adelantábamos, se cortaba los brazos desde hacía un año. Precisó el momento en que comenzó a hacerlo: una pelea con su padre quien la insultó y la golpeó.

Encontramos en este grupo otro caso que no se había producido cortes sino que había intentado quemarse. Juan (*caso 117*), de 21 años, relató este episodio como disruptivo, no como un modo reiterado de responder a la angustia. “La última vez que me drogué, me volví loco de la cabeza, me quise prender fuego, hace dos o tres meses. Eso hizo que mi cabeza entre, dije, no lo puedo manejar”. Cuando se le preguntó por este suceso, expresó que no podía explicar cómo había ocurrido, si había intentado matarse o lastimarse. Añadió que no sabía si lo había asustado pero que sí lo había “ayudado a pensar, a darme cuenta”. A partir de este suceso, entonces, que él señaló como discontinuo en su existencia previa, solicitó tratamiento.

6.7. Accidentes

Ocho (8) pacientes manifestaron haber tenido algún tipo de accidente previo, todos ellos varones. Las edades de los consultantes se hallaban entre los 15 y los 23 años, sin prevalecer una distinción entre los menores y mayores de 18 años de edad. El origen de la demanda era diverso, de parte del ámbito judicial (tres casos), familiares o padres (dos casos), derivaciones (dos casos) y personal (un caso).

Los accidentes en su mayoría (seis casos) fueron automovilísticos, sucedieron al conducir una motocicleta o un automóvil. Los otros dos (2) fueron atropellados por un vehículo.

Dentro de estos pacientes se halla Gonzalo (*caso 83*, 20 años), quien asistió al hospital por decisión de sus padres. No era la primera vez que consultaba en este centro de salud, aunque sólo lo había hecho una vez sin regresar en otra oportunidad. En ese momento “tenía un problema de adicción a las drogas”, pero hacía tres meses que no consumía. Planteó que sus padres creían que le sucedía

“algo en la cabeza” por “las locuras” que cometía. Asociaba su comportamiento con un suceso que experimentó hacía tres años: “Tuve un accidente de moto a los 17 años, quizás lo que me hizo mal fue eso. Estaba alcoholizado, me golpeé fuerte la cabeza. Entré al hospital”. Desde ese momento continuó consumiendo cocaína y alcohol, dejó de concurrir al hospital hasta que sus padres lo llevaron a raíz de la inflamación que presentaba en la cabeza.

Otro paciente, Nicolás (*caso 71*, 15 años), llegó a la consulta esposado y con moretones en su rostro. Hacía muy poco había sufrido un accidente en un automóvil que conducía y que había robado: “di cuatro vueltas en el aire y caí en el río. Mientras giraba me golpeé la cabeza y después dicen que me subí al techo del auto. Me acordé a las 4, 5 horas. No me acuerdo de nada”. Se lo internó en un hospital a causa de las heridas ocasionadas y se hallaba enyesado. Con referencia al accidente, más allá de describir el episodio, sólo pudo decir que había perdido el conocimiento, sin otorgarle mayor valor significativo al suceso.

Julián (*caso 70*, 23 años), que consultó preventivamente temiendo volver a consumir, mencionó haber tenido varios accidentes. Así nos describía los episodios: “Estuve un mes muerto hace cinco años. Es mi tercera vida la de ahora. Me salvé dos veces. Un accidente de moto, estuve un mes inconsciente en coma cuatro. Ahí tenía 17 años. Vivía de joda, de caravana, haciendo cosas que no debía. Después me caí con el auto en un zanjón y casi me mato. Después del segundo palo que tuve dije “ya está”. Hice las mil y una con los 23 años que tengo”.

Facundo (*caso 9*, 17 años), arribó al hospital con sus padres. Hacía poco tiempo había sufrido un grave accidente en una motocicleta, pocos días después de que su padre saliera de la cárcel. Pedro (*caso 92*), de 18 años, sufrió varios accidentes de moto. Su padre había fallecido hacía unos años en un mismo tipo de accidente⁶⁷.

Observamos que los accidentes (reiterados o aislados) se inscribieron en la pendiente en la que el sujeto asoció muchas veces los episodios con el consumo o con situaciones de riesgo (Le Breton, 2014a, 2014b), aunque no siempre se han

⁶⁷ Estos dos casos los analizaremos con mayor profundidad en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

podido establecer las causas o coyunturas de los mismos, al menos en las primeras entrevistas. Serán necesarios futuros encuentros, en el marco de las entrevistas preliminares, para que el sujeto pueda ubicar las coordenadas del suceso y la significación subjetiva que pudiera otorgarle.

7. Posición subjetiva frente a la consulta y a la oferta de tratamiento

Fue de fundamental importancia en cuanto a las posibilidades de abordaje terapéutico y de futura implicación subjetiva por parte de los pacientes. El criterio para determinar la forma en la que se mostraron frente a la consulta y a la oferta terapéutica fue extraído del material recogido durante las entrevistas. Fue posible distinguir dos modalidades de presentación con respecto a la posibilidad de concurrencia y la eventual realización de un tratamiento, que a su vez se subdividieron en dos cada una (Figura 7). Éstas fueron a saber:

- I. Aceptación (activa o pasiva), que se manifestó en el 58% de los pacientes.
- II. Rechazo (activo o pasivo), que represento el 42% del total.

Es importante señalar que la delimitación de la posición subjetiva durante las entrevistas de admisión no fue sencilla ya que en el primer encuentro los pacientes muchas veces oscilaron entre la reticencia o la negativa a proseguir un tratamiento y su aceptación. El mismo fenómeno se observó del modo inverso: supuesta aceptación pero a medida que la entrevista se desarrollaba, el paciente se mostraba más bien indiferente con respecto a la consulta. Veremos que mientras algunos se afirmaron en su vínculo gozoso con la sustancia, otros refirieron una relación con la misma que no le conllevaba interferencias en su existencia. Estas modalidades tuvieron implicancias en el modo con el cual se posicionaron en la consulta y frente un futuro tratamiento posible.



Figura 7. Distribución según la posición subjetiva frente a la consulta y tratamiento de los pacientes incluidos (N=120).

7.1. Aceptación activa

Esta modalidad estuvo ligada a una forma de posicionarse en la entrevista aludiendo a alguna de las siguientes cuestiones:

- I. Expresión explícita de un malestar que aquejaba al paciente, que interfería en su existencia y le producía un padecer subjetivo.
- II. Pedido de asistencia a los profesionales de la institución cuando había fracasado lo que hasta entonces había funcionado como solución de la angustia.
- III. Intención de abandonar el consumo y no poder lograrlo por sí mismo, con la suposición de que un otro (encarnado en algún profesional del hospital) pudiera asistirlo y saber sobre la posible causa de su malestar subjetivo.
- IV. Aparición de manifestaciones sintomáticas (como las crisis de angustia) adjudicadas al consumo previo o actual, expresiones que conformaban un enigma para los sujetos; cantidad de años de consumo.
- V. Tipo de tóxico utilizado (muchos de los jóvenes consideraban que deseaban abandonar un tipo de sustancia y no otro).
- VI. Intención de lograr una transformación subjetiva, a través de la asistencia a la institución y la concomitante interrupción del uso de drogas.
- VII. Exigencia de asistir a la institución a partir de una orden judicial que solicitó el tratamiento.

VIII. Episodios o situaciones de riesgo de vida (como intoxicaciones, intentos de suicidio, entre otras).

Encontramos estas manifestaciones en algunos de los pacientes. De este modo, Claudio (*caso 19*, 17 años), que se hallaba detenido por robo, arribó a la institución con un oficio penal, se mostraba interesado en el abandono del consumo de marihuana y en el tratamiento a partir de haberle hecho una promesa a su madre, frase que repitió varias veces en la entrevista. “Mi vieja me dijo tenés toda la vida por delante”, aseveraba, expresando su inquietud por el posible futuro traslado a un instituto cerrado que dificultaría las visitas de su madre. Miguel⁶⁸ (*caso 23*, 17 años) también llegó al hospital a partir de un oficio penal. Planteaba que luego de ingresar al instituto de menores no pudo dormir durante las primeras noches. Pensaba en sí mismo, en su familia y entendía que un cambio era necesario para “ser alguien en la vida”. Asociando la demanda de tratamiento a sus actos delictivos y éstos a la droga, expresaba que quería asistir al hospital para interrumpir los permanentes episodios de consumo y robos.

Otros pacientes expresaban su malestar con respecto a la dependencia que experimentaban respecto al tóxico así como las consecuencias que le había acarreado en el momento de la consulta. Enrique, (*caso 14*, 17 años) insistía así “yo quiero cambiar mi vida” mientras Ivana (*caso 60*, 21 años), quien había solicitado personalmente el turno en el centro de atención, expresaba angustiada, “yo necesito terapia, que alguien externo me ayude, me elabore ciertas cosas”.

7.2. Aceptación pasiva

Fueron los casos en los que los pacientes oscilaban entre su intención de continuar el consumo y responder a la demanda de abandonarlo por parte de otro (judicial, social o familiar). Por ejemplo, un joven solicitó un turno para conformar a su madre: “Mirá, te soy sincero, yo me doy cuenta pero vine porque le hace mal a mi mamá. La vi mal a mi vieja y bueno, pensé que podía hacer. No vine completamente por mí”

⁶⁸ Este caso será luego analizado en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

(Raúl, *caso 15*, 25 años). Estos enunciados contrastaban con sus quejas reiteradas de padecimientos corporales y pérdidas sufridas a raíz de su consumo.

Otros pacientes, a pesar de haber concurrido en forma personal a la institución, consideraban que el cese de consumo implicaba una decisión que les resultaba difícil de asumir, pero que igualmente asentían en asistir a entrevistas individuales con un psicólogo para hablar de problemáticas que excedieran la temática de la droga.

7.3. Rechazo pasivo

Esta posición aludió a la ausencia de un motivo que consideraban personal para asistir al hospital. Para algunos de estos pacientes, su consumo no implicaba ningún conflicto en su vida diaria, o bien, a pesar de las consecuencias que les conllevaban, consideraban que las entrevistas con profesionales no contribuirían a discontinuar el mismo. Una joven (María, *caso 33*, 17 años), traída por su madre, expresó desconocer su propia opinión con respecto a un posible tratamiento. Otro paciente (Carlos, *caso 2*, 16 años), quien arribó por un oficio judicial penal, expresó que desde los trece años su vida había estado orientada por el consumo y que había realizado numerosos robos para conseguir el dinero para comprar drogas y medicamentos. No obstante, en ningún momento de la entrevista abordó el problema de su necesidad permanente de poseer sustancias y consumirlas.

Damián (*caso 7*, 20 años) quien asistió con su madre, consumía alcohol y cocaína. Prefería un tratamiento ambulatorio, pero no exhibía ningún malestar especial por el uso reiterado del tóxico, ni con respecto a los robos que reconoció haber cometido, mostrándose indiferente a la realización de un tratamiento. Nicolás (*caso 71*, 15 años), frente a la pregunta de si abandonaría el consumo, respondió que no sabía si lo haría ya que no le acarreaba “problemas a nadie”.

Otros pacientes manifestaron en la entrevista inicial no considerar el uso del tóxico como problemático, aunque concertaron con el profesional asistir a la institución. Su reticencia se ligó principalmente, por un lado, a la ausencia de implicación subjetiva con respecto al consumo, y, por el otro, a la impotencia adjudicada al dispositivo terapéutico hospitalario ofrecido. Entre estos pacientes encontramos a Francisco

(caso 11, 20 años), proveniente del juzgado de familia, quien expresó: “yo no quiero hacer el tratamiento, sí quiero ver un psicólogo. No me gusta el tratamiento, la pasé mal, porque cuando me obligan a hacer las cosas, no me gusta. Yo, ahora, porque estoy bajo juez”.

7.4. Rechazo activo

Esta forma de rechazo frente a la propuesta de iniciar un tratamiento en el hospital o de realizar una serie de entrevistas con profesionales de la institución se fundamentaba en la convicción de la imposibilidad de modificación del acto de consumo y de los hechos de violencia y delitos, eventualmente concomitantes. Una de las jóvenes entrevistadas, Sabrina (caso 22, 15 años), traída por su madre luego de reiteradas situaciones en las cuales se había puesto en riesgo ella misma y a los demás, planteaba, frente a su posible inclusión en el dispositivo ambulatorio del centro asistencial: “Sí, pero ¿qué va a cambiar? Nada. Sí, yo hablo, pero salgo de acá y sigo haciendo la misma”. Otro joven (Lucas, caso 29, 14 años) expresaba: “si yo tengo que decidir dejar. No me pueden obligar y yo no quiero. La voy a seguir viviendo hasta que me canse”. Explicitaba su rechazo tanto al abandono del consumo como a la consulta que efectuó su madre. Parecía muy molesto con ella por haberlo traído al hospital, y porque consideraba no tener ningún problema sino que “es ella la que está mal, a ella hay que internarla”. Este es uno de los casos donde constatamos, como en otros, que el rechazo se hallaba dirigido a aquél que había realizado la demanda, generalmente la madre, como una forma de oposición al Otro materno⁶⁹.

7.5. Posición subjetiva, origen de la demanda, conductas de riesgo y edad de los pacientes

Adicionalmente resultó de interés analizar la posición subjetiva en relación con el origen de la demanda, las conductas de riesgo y la edad de los consultantes. Aparecieron diferencias en estos casos. Respecto de la procedencia del pedido de tratamiento, destacamos que la aceptación activa se presentó mayoritariamente

⁶⁹ Estos dos últimos casos, como ya mencionamos, serán abordados con mayor profundidad en el Apartado I del Capítulo 2 (Parte II).

entre los que consultaron personalmente. La aceptación pasiva o el rechazo pasivo se exhibieron cuando la consulta partía de los padres. Finalmente el rechazo activo, cuando se trató de la demanda judicial penal. Suponemos que el origen de la demanda condicionó el modo en el que los jóvenes se presentaban, considerando que tanto en el caso de los oficios judiciales, como cuando eran los padres los que realizaban la consulta junto con sus hijos, los pacientes exhibían de entrada un acuerdo más formal que de real interés.

Con respecto a las conductas llamadas “de riesgo”, notamos que la mayoría de los pacientes de ese grupo manifestó una posición de aceptación pasiva y, especialmente, rechazo pasivo y activo respecto a la consulta y la oferta de tratamiento.

Considerando las edades, la aceptación (activa y pasiva) pudimos observar la aparición de porcentajes más altos entre los pacientes mayores de 18 años. Los menores de esa edad respondían a la oferta terapéutica, mayoritariamente con rechazo (pasivo o activo). Nuevamente, consideramos la importancia de haber traspasado el “umbral” (Le Breton, 2014a, p.61) de la mayoría de edad como uno de las cuestiones que, al menos en el marco del campo jurídico-legal, pueden suponer una posible modificación subjetiva inicial a partir de las consecuencias que puede conllevar.

8. Edad de inicio del consumo de sustancias

El 63% de los pacientes situaron el momento de comienzo del consumo entre los 12 y 15 años (Figura 8), momento donde emergen las primeras expresiones del despertar de la pubertad. Resultados semejantes se encuentran en los trabajos de Cáceres et al. (2006), Paulone y Candiotti (2006) y Vázquez Fernández et al. (2014). En otros se señala como comienzo simplemente la pubertad o la adolescencia (Espada et al., 2003; Sinatra, 1991). En este periodo de transición se destaca la búsqueda del sujeto de nuevas identificaciones y referentes así como la importancia dada a los pares, ya que la autoridad familiar o parental empieza a ser cuestionada (Cottet, 2008). El encuentro del sujeto con el tóxico en esta etapa de la vida, en cada caso particular se presentó por diversas circunstancias, pero nos permitió indicar

este período como un tiempo de cambios de importancia que afectan tanto a la dimensión del cuerpo como a la relación con la institución familiar y social (Naveau, 1996).

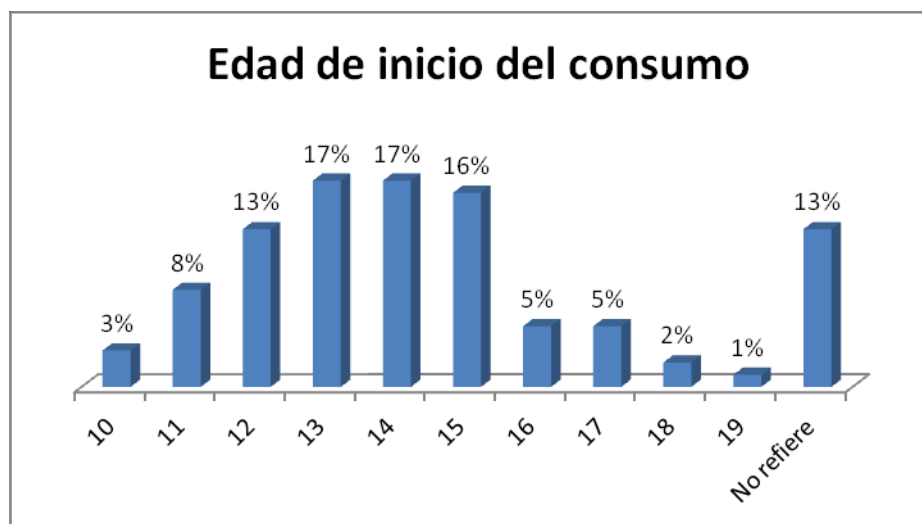


Figura 8. Distribución según las edades de inicio de consumo de sustancias de los pacientes (N=120).

No se ha podido unificar la coyuntura de inicio, aunque en la mayoría de los casos mencionaron “la junta”, la “curiosidad”, “experimental” y “probar” como condición para tener el primer contacto con la sustancia. En otros casos señalaron situaciones de angustia, como la separación de sus padres, rupturas amorosa, pérdidas de un otro significativo, como coyunturas en las cuales se recurrió al tóxico por primera vez.

Diferentes enunciados aparecieron en los pacientes: Eugenio (caso 111), de 22 años, decía haber comenzado a consumir alcohol con su padre. Rodrigo (caso 28, 21 años) aseveraba haber empezado a hacerlo a partir de “la junta, los amigos, cuando te recatás ya estás remetido”. Para algunos de los padres de los pacientes, el consumo estaba ligado al grupo de pares o a la propia familia, como en el caso de Emiliano (caso 69), de 16 años. La pareja de su padre decía en la entrevista “ahora está bien porque no tiene las malas juntas de la madre. El consumo lo empezó en la escuela (...). Después sí, toda la familia consumía. También en la escuela el grupo de amigos que lo llevaron a eso”.

Resulta interesante mencionar el caso de Ignacio (caso 76, 22 años), quien fue uno de los pocos pacientes que comenzó a consumir a los 19 años. La coyuntura de inicio fue a partir de la muerte de sus dos hermanos en un episodio, que presencié sintiéndose impotente ante el trágico suceso. Sus hermanos, mayores que él, consumían e Ignacio comentaba en la entrevista que conocía los centros especializados en adicciones a partir de acompañarlos. Luego de ese episodio le ofrecieron cocaína unos compañeros del trabajo para que pudiera continuar asistiendo. “Me dijeron tomá, probá, así yo respondía en el trabajo, y ahora es lo contrario, ahora no quiero salir, no quiero nada”.

9. Tipos de sustancia y modos de consumo

Conformaron una categoría necesaria a partir de expresar la relación del sujeto con la/s sustancia/s. Las drogas que mencionaron consumir, aisladamente o de manera combinada, fueron las que aparecen en la Figura 9.

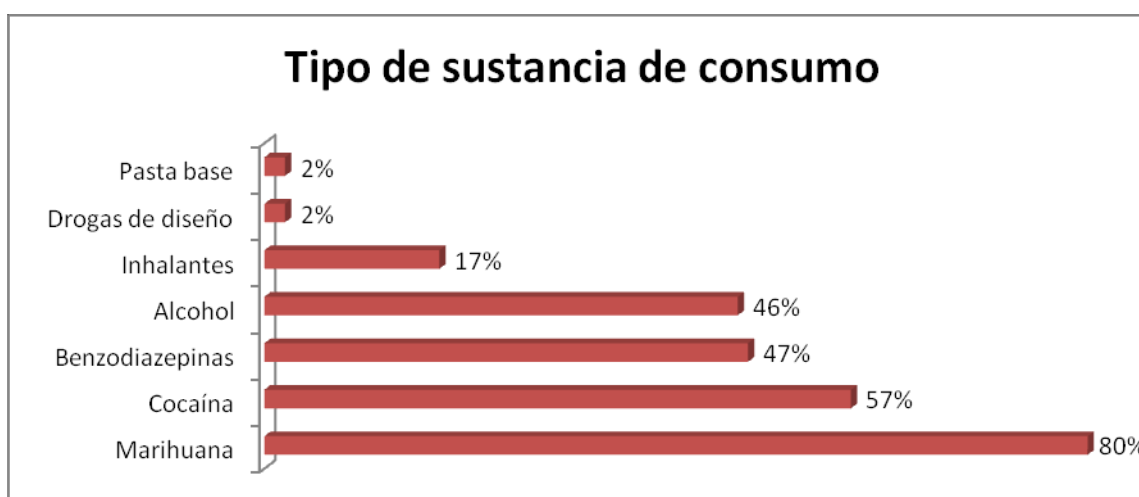


Figura 9. Distribución según el tipo de sustancias consumidas, aisladas o combinadas.

Nuestro resultados no fueron coincidentes con los datos encontrados en otras investigaciones (Carreter Parreño et al., 2011; Paulone & Candiotti, 2006), en las que aparecía en primer lugar el alcohol. Suponemos que esto pudo deberse a dos razones: los adolescentes, en el momento de la entrevista de admisión, no lo mencionaron por “naturalizar” su consumo, como mencionan Costa y González (2008); o bien, su ingesta no conllevó, en ellos o en terceros, la inquietud que implicase la consulta al centro de salud. En el caso de uno de ellos, Mauro (caso 63),

de 25 años, decía, con respecto al alcohol, “no tengo problemas con él porque yo tomo una vez por semana”, en contraste con sus hermanos que ingerían varias dosis diarias. Este mismo paciente demandaba tratamiento por “el tema de la droga”, específicamente, la cocaína, que le ocasionaba malestar y cuestionaba el uso que hacía de ella. Otro paciente, Alejo (caso 110, 17 años) expresaba consumir marihuana y alcohol, pero esta última sustancia no implicaba “un problema, es cada tanto”, expresaba. Los criterios que solían considerar los pacientes eran la cantidad, la frecuencia y la falta de sanción ya sea por parte de sus padres o de autoridades del ámbito penal.

El policonsumo (OMS, 1994) apareció en el 78% de los casos combinando alternativamente una droga con otra o consumiéndolas en circunstancias diferentes, resultados que coinciden con estadísticas e investigaciones recientes (Murillo Castro, 2013; Vázquez Fernández et al., 2014).

Teniendo en cuenta la clasificación de drogas por sus efectos, ya mencionamos que pudimos entonces diferenciar entre depresoras, estimulantes y alucinógenas (Gisbert Calabuig, 1998). Con respecto al tipo de sustancia que los pacientes utilizaban, pudimos distinguir la prevalencia del consumo de marihuana (80% de los casos), cocaína (57%), benzodiacepinas (47%) y alcohol (46%). Notamos entonces, en gran parte de los casos, el recurso a tóxicos que tenían el efecto depresor, como veremos más adelante cuando analicemos la función de la sustancia (apartado 10). Sin embargo, en muchos otros pacientes el uso de la cocaína como estimulante también aparecía como forma de sobrellevar situaciones de angustia, alcanzar la euforia o desinhibición y evitar la fatiga para proseguir en sus actividades diarias. Precisamente, a continuación abordaremos la importancia de la función del tóxico.

10. Función del tóxico

Si bien el lugar que ocupaba la sustancia en la economía subjetiva muchas veces no llegó a ser formulado por los pacientes, pudo ser deducido de sus manifestaciones.

Pudimos así formalizar las diversas funciones de la droga en los pacientes:

- I. Medio de apaciguar experiencias de angustia.
- II. Afirmación de su identidad a partir del consumo.
- III. Modo de llamado a la función desfalleciente del Otro parental o social.
- IV. Modalidad de lazo social, inclusión e identificación con sus pares.
- V. Desafío a la autoridad.
- VI. Modalidad de obtención de placer o satisfacción o vía de acceso a la “diversión”.
- VII. Evasión en relación a pérdidas sufridas.
- VIII. Ilusión de omnipotencia.

Algunos pacientes manifestaron que el toxico constituía una manera rápida de evadir cualquier malestar. Entre estos casos se hallaba Ivana (caso 60, 21 años). Expresaba angustiada “cuando no tengo [marihuana] me angustia, me pongo mal, demasiado mal”. Otra expresión sobre la necesidad de seguir consumiendo era la de Lucas (caso 29, 14 años), quien declaraba que se disgustaba, se sentía incómodo o se aburría si no consumía.

Para otros, los valores del grupo de pares eran de fundamental importancia, como la justificación del consumo porque “no podía quedar como un cobarde” ante los demás (Enrique, caso 14, 17 años). Nahuel (caso 119), de 14 años, respecto al inicio de su consumo de marihuana, decía, “yo no quería ser uno más, digo, uno menos”, en un equívoco donde aludía a la función que la sustancia le suministraba, junto con otras. También tomaba “pastillas” (benzodiacepinas), que le provocaban olvido. Mauro (caso 63), de 25 años, mencionaba que consumía luego de discutir con su pareja o sus hermanos: “me peleo y me voy, me sacan de mis casillas, me voy y me drogo”.

Claudio (caso 19, 17 años), detenido en un instituto, expresaba que consumía marihuana para “alegrarse un poco”, añadiendo: “porque me pongo a pensar en cosas que no tengo que pensar. Ahora no quiero pensar que estoy adentro en cana”. Ismael (caso 87, 18 años) aludía a que la cocaína le ayudaba a “estar más activo, más despierto”.

Otro paciente, Nicolás (caso 71, 15 años) describía su uso de “pastillas” (benzodicepinas) para “salir del mambo”, lo “relajaba”. Una función similar mencionaba Adrián (caso 91, 20 años), cuando decía que esa misma droga lo calmaba, “bajaba”, lo dejaba tranquilo.

Gerardo (caso 72, 20 años), expresaba que si salía a bailar necesitaba emborracharse “sí o sí, porque si no tomaba me aburría, pero no sé por qué”, declaraba. En el instituto en que había estado detenido había comenzado a utilizar clonazepam (benzodicepinas) ya que en ese lugar la usaban como “tranquilizantes, para los nervios”. “Yo empecé a tomar, me planchaba, dormía todo el día, no pensaba en nada. Un año y medio estuve así”.

Fabricio (caso 105, 23 años) describía estar “siempre” bajo los efectos de la marihuana. Pero el consumo se había vuelto problemático a partir de estar en pareja, tener hijos y discutir con su mujer. El hecho de no consumir era a lo que le adjudicaba sus cambios de humor, agresividad, irascibilidad y reiterados enojos. En alusión a su consumo de marihuana expresaba: “Es como que soy yo, cuando fumo soy yo y cuando no fumo, no, tengo mala cara”.

Otro paciente, Santiago (caso 53, 23 años) se mostró muy angustiado por la reciente separación de su mujer, con la cual tenía varios hijos. Aumentó su consumo de alcohol y cocaína diarios a partir de esta situación. En la entrevista describía el uso de la droga para “escaparse de la realidad, para no pensar”. Expresaba de este modo “Entonces me escapo con la droga. A algún lado tengo que escapar. Es como que me olvido. Me saca de la realidad. Después cuando caigo en la realidad me quiero matar, que estoy sin ella [su mujer], que quiero volver...”. También indicó que hacía cinco años había estado internado en una comunidad terapéutica, antes de conocer a su esposa. El uso del tóxico se presentaba en él en diversas circunstancias que lo angustiaban o que no podía enfrentar.

Andrés (caso 82, 18 años) subrayaba su dificultad para expresarse con muchas personas y declaraba: “guardo, reprimo y ahí es cuando consumo, cuando me pasa algo feo, lo hago para tapar. Es el único recurso que tengo para escapar (...). Siempre me pasa lo mismo, pierdo familia, amigos”. Destacaba que sufría ataques

de impulsividad y de nervios, lo que pensaba, lo hacía, dejándose llevar por sus impulsos.

Alejo (caso 110, 17 años), quien demandó personalmente un turno en la institución, se presentó muy angustiado durante la entrevista. Comenzó la misma afirmando que debía dejar “un par de cosas”, el consumo y el robo, especificaba. Quería dejar el consumo ya que “no solucionaba nada consumiendo, en vez de solucionar el problema prefiero fumar en la esquina”.

Emilio (caso 46, 17 años) mencionó varios intentos de suicidio. Desde el momento en que se inició la entrevista comenzó a hablar locuazmente sin casi detenerse. Señalaba que en el instituto en donde estaba detenido (y en el que había interrumpido el consumo de marihuana y cocaína) ocurría la misma situación, diciendo “yo aturdo hablando, cuando yo me siento mal no lo hablo. Yo le levanto el ánimo a todos porque son todos unos amargados”. Inmediatamente asoció esta cuestión con la función que el tóxico tenía para él, expresando “Me hace acordar a cuando yo me drogaba, para no levantar, para no pensar. Cuando yo estoy careta, normal, como otras personas, yo me acuerdo de todos los recuerdos feos, me acuerdo de cuando murió mi mamá, todo ese día”. Previamente en la entrevista había remarcado el hecho disruptivo que había sido para él la muerte de su madre, muerte imprevista cuando tenía siete años. Insistía en que le resultaba muy difícil elaborar “las muertes”, como la que había sucedido de un amigo cercano, “golpes de la vida”, declaraba. Finalizó la entrevista diciendo “Yo no me puedo descargar, yo me quiero descargar. Yo perdí el llanto un montón de veces, ya no puedo llorar”.

Rafael (caso 37, 19 años), quien se hallaba en situación de calle, reivindicaba su uso de la droga expresando que su madre quería que abandonase el consumo de marihuana pero él no lo deseaba. Así declaraba: “la droga me llama mucho, el faso lo tengo en la cabeza (...). Yo veo con que yo me drogo, ahí sí puedo vivir. Siento que estoy en el maneje, que estoy en mi casa (...). Yo me drogo porque me siento más feliz, mi corazón se siente feliz”.

De este modo, la función del tóxico demostró ser variada tanto en diferentes pacientes como en un mismo sujeto, de acuerdo a momentos determinados y

condiciones subjetivas específicas. Consideramos que, apelando al tóxico como forma de solución, los jóvenes ensayaron una respuesta ante aquello que producía malestar o que implicaba preguntas frente a las cuales no hallaron o no tuvieron otra forma de responder más que a través del uso de un lenitivo o del acto del consumo, tal como señalan Freud (1930), Lacadée (2007) y Sosa (2004).

Nos llamó la atención el no haber encontrado en nuestra casuística la función de la droga como un modo de facilitar el acercamiento al otro sexo que señalan algunos autores (Sosa, 2004), especialmente en el momento de la adolescencia, donde el sujeto se confronta con el enigma de la sexualidad. El caso que luego analizaremos⁷⁰ nos mostrará cómo en algunas ocasiones es necesario un recorrido terapéutico de varias entrevistas para que puedan establecerse y formalizarse problemáticas vinculadas con el encuentro con el otro sexo y con la propia sexualidad.

Conclusiones

Hemos caracterizado la modalidad de presentación de la demanda de asistencia terapéutica a partir de la consideración de determinados ejes ya especificados. Los resultados informan que el principal motivo de consulta manifiesto fue la preocupación por el consumo de los jóvenes, generalmente varones y mayores de 17 años de edad, quienes llegaron a la institución a través de un tercero (familiar o institucional).

Algunos de los pacientes se identificaron con el significante “adicto” o se definieron como dependientes de alguna sustancia así como diferenciaron el uso que hacían entre un tóxico y otro. Otros, por el contrario, rechazaron esta nominación, especialmente cuando provenía de alguno de sus padres o familiares.

Prevalecieron los robos, delitos, actos de violencia, fugas y errancias entre las llamadas “conductas de riesgo”. Muchas de estas manifestaciones conllevaron consecuencias a nivel legal (sanciones penales, intervenciones de Juzgados de

⁷⁰ El paciente Leonardo, analizado en el Apartado II del Capítulo 2 (Parte II).

Familia), institucional (expulsión de colegios, despidos laborales, pérdidas económicas y materiales) y familiar (conflictos entre padres e hijos, rechazo y marginación, entre otras). Asimismo alteraron profundamente la integración social de muchos de los jóvenes, en los cuales también destacamos el porcentaje elevado que había abandonado la escolarización. Por otra parte, estas expresiones de exposición al riesgo fueron acompañadas en muchos de los casos por la ausencia de implicación subjetiva, donde los pacientes no subjetivaron los posibles alcances de sus actos.

Junto con estas formas también destacamos otras, tales como las sobredosis, los intentos de suicidio, las lesiones autoinflingidas, y los accidentes vinculados al uso de sustancias. Aunque su emergencia no representó la misma frecuencia que en la de los otros casos, debemos señalar su importancia, tanto por su interés clínico así como por la gravedad que conllevaron. El estatuto de la urgencia (Sotelo, 2007, 2009) en muchas de estas presentaciones cobró protagonismo, donde el profesional se vio confrontado a la implementación de estrategias dúctiles de intervención y adecuadas a la situación. Estas condiciones obligaron el establecimiento de estrategias en la puesta en forma del síntoma, que excedía al problema del consumo.

La coyuntura de inicio del consumo se situó en los primeros años de la adolescencia, coincidiendo con investigaciones vigentes que abordaron el uso de sustancias en ese período (Cáceres et al., 2006; Paulone & Candioti, 2006, Vázquez Fernández et al., 2014). Los tipos de tóxicos utilizados fueron fundamentalmente la marihuana y la cocaína, que tuvieron diversas y variadas funciones entre los diferentes pacientes. En muchos de ellos el recurso a la sustancia estuvo orientado tanto por la búsqueda de tramitar la angustia u obturar su emergencia así como por la obtención de satisfacción con la exclusión de un otro. En muchos casos también se utilizó como modo de formar parte de un grupo, de ser incluido; en otras, en cambio, el consumo agudizó situaciones reiteradas de soledad, marginación y desinserción social.

Capítulo 2

Estudio de casos: la primera entrevista y un recorrido terapéutico

Metodología, resultados y discusión

En este capítulo se presentan los resultados del estudio de casos, a partir de la construcción de casos clínicos ejemplares. Propone un análisis más preciso del problema que estudiamos con el propósito de situar la función del tóxico en la economía psíquica del sujeto. Es decir, buscamos particularmente indagar la relación del sujeto adolescente con el consumo de sustancias, en el contexto en el cual se presenta y el rasgo clínico que lo singulariza. Consideramos este análisis de importancia fundamental para establecer una orientación del tratamiento a fines de lograr las condiciones que permitan intervenir la demanda inicial.

Hemos dividido este capítulo en dos partes. Por un lado, el Apartado I. *Presentaciones en la admisión: la primera entrevista*. En él expondremos el análisis teórico-clínico que hemos realizado a partir de la selección de quince (15) casos extraídos de la casuística abordada en el capítulo 1 de la Parte II. La razón de su elección fue el interés por la posibilidad de esclarecimiento del fenómeno bajo estudio, que permitió su análisis en profundidad, tomando en cuenta su carácter crítico y revelador.

Por el otro, en el Apartado II. *Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo*, hemos elegido el caso de un paciente, Leonardo, que consultó al hospital y continuó su tratamiento durante un periodo prolongado de tiempo. Caso clínico que no se correspondió con un “uso ilustrativo” sino con una construcción que permitió aislar la función singular que el consumo tenía en la economía psíquica de un sujeto y que podría convertirse, luego, en una orientación para pensar algunas otras presentaciones de esta variada clínica.

Metodología

La metodología utilizada correspondió a un estudio de casos. Éste adquiere una importancia fundamental en las investigaciones de orientación psicoanalítica que privilegian una metodología cualitativa. Como lo han señalado Doucet y Gaspard (2010, p.201) “la cuestión reside para nosotros en la invención de un dispositivo de investigación que sea compatible con el método analítico, tomando en consideración las exigencias de la comunicación científica”⁷¹. También S. Gilbert (2007) propone un enfoque cualitativo utilizando entrevistas no directivas que permita respetar la complejidad de los sujetos y de la problemática estudiada. La autora destaca “nuestro punto de vista es que la referencia al psicoanálisis que sostiene a la vez “la postura” y “la actitud” del investigador (...) en nuestro dominio, aporta no sólo una orientación teórica, sino igualmente las bases conceptuales de nuestro camino de investigación”⁷²(p.275). La entrevista de investigación nos ofrece así la posibilidad de explorar temáticas no previstas al comienzo.

Sujetos. Por un lado, se seleccionaron quince (15) pacientes que asistieron a la instancia de admisión del Hospital Reencuentro en el periodo del mes de abril de 2011 a abril de 2015. Fueron elegidos de la casuística abordada en el capítulo 1 de la Parte II, como ya se señalara, por su interés para esclarecer la problemática estudiada. Las edades de los pacientes fueron de entre 14 y 22 años en el momento de la consulta.

Por el otro, se seleccionó el caso del joven Leonardo de 19 años que realizó tratamiento terapéutico en la institución con la doctoranda durante dos años a lo largo del periodo de la investigación.

Materiales. Como estrategia principal de abordaje descriptivo de los quince (15) casos seleccionados se utilizaron las primeras entrevistas en la instancia de admisión.

Para el estudio del caso Leonardo se utilizaron entrevistas preliminares del tratamiento ofrecido en la institución de referencia.

⁷¹ La traducción es nuestra.

⁷² La traducción es nuestra.

Para la elaboración teórico-clínica tanto de las primeras entrevistas como del caso único hemos utilizado la exégesis de textos de orientación psicoanalítica lacaniana así como también de textos sociológicos y antropológicos que abordasen la problemática adolescente y la adolescencia prolongada, teniendo en cuenta el contexto social actual.

Obtención, análisis, elaboración de los datos. A partir de las primeras entrevistas así como de las entrevistas preliminares se puntualizaron los elementos a ser considerados para la construcción de los casos (Volta, 2013) que en la perspectiva del psicoanálisis requiere de operaciones particulares para su formalización. Hemos agrupado los relatos de acuerdo a determinadas categorías construidas en el curso de la investigación, que permitieron organizar los casos en su confluencia con un rasgo específico que los reúne más allá de la singularidad de la problemática que manifiestan.

Resultados y discusión

I. Presentaciones en la admisión: la primera entrevista

Presentaremos a continuación relatos del encuentro inicial del paciente en el dispositivo de admisión de una serie de casos que nos han resultado significativos y, de alguna manera, representativos de la casuística que hemos seleccionado. Momento de importancia que permite al sujeto y/o a los familiares desplegar su demanda de asistencia y su relación con el malestar que los aqueja. “Tiempo de ver”, en el cual las intervenciones son en algunas oportunidades decisivas para lograr ciertos efectos que en ocasiones pueden llegar a producir modificaciones incluso en la interpretación previa de los síntomas. Otras veces es el momento de reparar en detalles significativos que deciden el recurso a emplear en cada caso, ya sea el comienzo de las entrevistas preliminares de un recorrido terapéutico, o la aceptación del pedido de una internación. En otras circunstancias se puede considerar la pertinencia de la indicación del hospital de día. La agrupación de los relatos de acuerdo a las categorías construidas en el curso de la investigación, son:

1. Conductas de riesgo; 2. Cuando la demanda es de la institución penal; 3. A dos voces: padres e hijos; 4. La dependencia de las drogas y estrategias de salida; 5. Crisis de angustia y función de las drogas.

1. Conductas de riesgo

1.1. Lucas: entre la recriminación y el desafío⁷³

La madre de Lucas (caso 29), adolescente de 14 años, consultó a la institución por recomendación del hospital general adonde fue asistido y del Tribunal de Familia. Se mostró muy asustada por el grave incidente que condujo recientemente a su hijo al hospital, adonde fue atendido de urgencia. Estaba excitado, violento, había perdido el control de esfínteres, y temía que muriera por los efectos del consumo de alcohol y drogas. Creía que había empezado a consumir drogas desde hacía dos años, pero en realidad desde los 9 años notó un cambio de conducta en el joven: cambios de humor repentinos, agresividad con sus hermanos menores y una seria dificultad en la comunicación, así como conductas desafiantes, dirigidas a ella. Hasta los seis años, coincidiendo con la separación de sus padres, era un niño tranquilo. Poco después la madre inició una convivencia con un hombre mucho más joven que ella. El único cambio que recordaba era que el hermano seis años mayor que Lucas presentó problemas de conducta en esa ocasión y decidió irse a vivir con su padre. Este hermano había regresado hacía dos años, cuando se produjo la separación de su segunda pareja, con la que tuvo dos hijos. En el momento de la consulta ya tenía 19 años y se había ubicado en el papel de jefe de familia, creía que era él el que mandaba en la casa, y la madre parecía sometida a su voluntad. Era quien había invitado a Lucas a consumir drogas y había tenido mucha influencia sobre él. La madre exclamaba saber poco sobre lo que le ocurría a Lucas ya que no le gustaba hablar y nunca se había quejado de nada. Desde hacía algún tiempo había empezado a robar, y lo que más le

⁷³ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia y consumo de sustancias: dificultades en su abordaje terapéutico* (Fernández Raone, M., 2012b). Publicado en *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.61-64). Buenos Aires, Argentina.

preocupaba era que buscaba las situaciones de riesgo. Ella se reconocía impotente para ayudarlo, por lo que solicitó que se lo interne. Su prioridad en ese momento eran los hermanos menores, a quienes Lucas agredía permanentemente, se mostraba muy celoso, e incluso había llegado a atacarla a ella cuando los defendía.

Cuando Lucas fue entrevistado sin la presencia de su madre, restó importancia a lo que le había ocurrido. Explicitó su rechazo tanto al abandono del consumo como a la consulta que había efectuado su madre. Necesitaba y quería seguir consumiendo drogas, porque no soportaba vivir de otra manera: “es re-feo, estar así, normal, porque eso no me gusta. Es incómodo, me siento raro, estoy aburrido, no pasa el tiempo”, nos decía. Manifestaba sentirse muy disgustado con su madre por haberlo llevado al centro especializado e intentar internarlo y porque creía que ella era la que presentaba problemas y no él. Se mostraba muy firme asegurando que nada lo iba a hacer cambiar, tal vez cuando se cansara dejaría las drogas. Denunciaba la conducta contradictoria de su madre, en un tono de recriminación y dolor: “Y ahora viene a quejarse, cuando yo empecé a drogarme no me dijeron nada...A mí me dejaron re-tirado, si en mi casa era pura joda”. Su queja parecía hacer referencia a un pasado no muy lejano, pero no quería hablar sobre ese tema y terminó diciendo que se había olvidado de todo eso. Por momentos pareció estar de acuerdo con la decisión de su madre de pedir la internación, porque reconocía que no podía controlar su violencia, y había llegado incluso a amenazar a sus familiares con un cuchillo. A pesar de esto, insistía en que se escaparía si lo internasen.

Se afianzaba en una posición de niño irresponsable y que tenía todos los derechos que lo protegían: “Todavía soy chico, no tengo que hacer nada, no tengo que cambiar nada, tal vez cuando sea grande...”. Desconocía cualquier autoridad, incluso la del juez de menores, porque sabía muy bien que no lo podían obligar a nada, él único que podía decidir sobre su vida era él mismo ya que sabía muy bien lo que era bueno para él. Podía decidir lo que tenía ganas de hacer, no tenía que dar cuentas a nadie.

El episodio que motivó su breve internación en un hospital no pareció haber tenido consecuencias para el joven, aunque recordaba con claridad lo que sufrió al día siguiente de su “caída”: “no podía salir de mi casa porque me dolían los huesos después de caerme, ya me había pasado antes, estaba dopado y me caí al piso”. No obstante, rechazaba cualquier intervención, con expresiones desafiantes: “que me vengán a buscar a mi casa, que me van a encontrar”, exclamaba. Sin embargo, cuando se le propuso concurrir al hospital una vez por semana para un tratamiento ambulatorio, se tranquilizó, y lo aceptó sin problemas, ya que lo que más temía era la internación.

1.2. Sabrina: “Esto es lo mío, no lo voy a cambiar”⁷⁴

La madre de Sabrina (caso 22), una joven de 15 años, consultó porque su hija desde hacía seis meses que “se ha descontrolado totalmente”. Ella creía que sus graves problemas de conducta y consumo de drogas se relacionaban con la influencia que ejercía su novio. Sabrina no obedecía sus indicaciones, abandonaba la casa y se ausentaba durante mucho tiempo, incluso a veces no regresaba a dormir. Desde los 13 años había presentado problemas escolares, repitió en dos ocasiones, y en este momento había abandonado el colegio secundario al que concurría. Hacía unos años había pedido vivir alternativamente con su madre y su padre, que estaban separados desde hacía cinco años. Este pedido fue aceptado por los padres, pero después de un tiempo, Sabrina volvió con su madre y las discusiones y problemas se agravaron. El padre también comenzó a alarmarse por la conducta de su hija, cuando la llevaron a la comisaría por haberla encontrado en la plaza pidiendo dinero. Se enojó mucho y la reprendió por lo que había hecho, después de lo cual Sabrina decidió volver con su madre definitivamente. Ahora el padre participaba con la madre en la búsqueda de asistencia de Sabrina y decidieron concurrir ambos a la Subsecretaría del Menor,

⁷⁴ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia y consumo de sustancias: dificultades en su abordaje terapéutico* (Fernández Raone, M., 2012b). Publicado en *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.61-64). Buenos Aires, Argentina.

para tratar de encontrar alguna solución. Hacía dos meses, después de comenzar las entrevistas con los profesionales de esa institución, Sabrina presentó una grave intoxicación alcohólica, que motivó su internación en un hospital general en estado de coma alcohólico. Había robado una caja de vinos en una fiesta y bebió hasta que no pudo más. La madre se sentía completamente desbordada por la desobediencia y cambios de conducta de su hija, quien incluso había comenzado a hablar en forma diferente, utilizando términos que no usaba antes.

Luego de que la madre expusiera su preocupación, Sabrina fue entrevistada sin la presencia de aquélla. Al comienzo intentó relativizar los motivos de las quejas de sus padres, pero se contradecía: “Que se enteren, yo ando haciendo eso que es normal para mí, porque ya me acostumbré”. Se expresaba tranquilamente, no parecía preocupada ni enojada con sus padres, afirmaba permanentemente que robar y drogarse “es lo mío”. Hacía dos meses empezó a robar con un compañero, en realidad también lo había hecho antes “pero chiquitajes, no tan seguido. El año pasado fue mi primer robo, me prestaron una faca y fui a una escuela privada y a una flaca le dije que me dé todo. No seguí robando ese día porque había un par de patrulleros, sino seguía”. Relató que en otra ocasión estaba tomado vino y pidiendo monedas, mientras esperaban con un amigo que pasara “un regalado” para atacarlo, pero los descubrió la policía justo en el momento en que estaban por cometer el robo. Por eso los llevaron a la comisaría.

Desde hacía dos años había comenzado a drogarse con marihuana, cocaína, inhalantes y benzodiacepinas. Consideraba que lo hacía por “la junta”, en el barrio ya la conocían así, ahora para ella esto era normal, todos la conocían de esta manera. Pareció no querer cambiar porque si cambiaba ya no la reconocerían. Pero insistía mucho en que se trataba de una decisión propia, ella siempre hacía lo que ella quería. En realidad le gustaba hacer cosas diferentes a los demás. “Siempre me gustaba la cosa, -nos aclaraba- ver a los pibitos drogándose en la tele. Si fuera por mí entraría a un negocio y lo robaría.”

Desconocía completamente la autoridad de sus padres, se quejaba porque ellos no le creían, aunque ella les decía la verdad, que robaba y se drogaba. Le

molestaba mucho que su madre no la dejase salir, porque necesitaba ver a su novio, quien se enojaba si no salía. Tampoco soportaba las críticas de su madre, y había pensado en fugarse, pero no lo hacía porque sabía que la policía la iría a buscar. Hacía un tiempo pidió irse a la casa de su padre, porque su hermano de 18 años vivía con él y ella sabía que él podía hacer lo que quisiera, entonces quiso hacer lo mismo. Pero volvió porque su padre vivía muy lejos y le resultaba difícil encontrarse con los amigos del barrio de su madre. Rechazaba la propuesta de tratamiento, le parecía que hablar no cambiaba nada, seguiría haciendo lo mismo: “Yo quiero seguir haciendo la mía”, afirmaba.

1.3. Pedro y una pendiente mortífera⁷⁵

Pedro (caso 92), de 19 años, consultó varias veces acompañado por su madre. Desde los 15 años consumía psicofármacos, marihuana y cocaína. Padeció graves accidentes con riesgo de vida y se refería a ellos relatándonos: “Tomo las pastillas y me pasa lo que me pasa, el accidente. Yo me junto con una banda de amigos y si estoy empastillado me quiero prender. Hago todas las peores cosas. Mi mamá reconoce que sabe que así no voy a llegar mucho tiempo”. Había empezado la entrevista mencionando que perdió los dientes en un accidente de moto, uno de los tres que tuvo, vehículo que conduce sin registro ni casco protector. Inmediatamente agregó que su padre murió en un accidente similar cuando él tenía 14 años.

Resulta de interés especial la relevancia que adquiría el amor al padre a quien caracterizaba como “alcohólico”, “ladrón”, que había tenido varios accidentes y que finalmente fue detenido. Posteriormente a la salida de la cárcel murió, después de comprarse una moto y conducirla en forma imprudente. Pedro recordaba: “cuando murió mi papá, me quise olvidar de eso y empecé a consumir. Después te olvidás tarde”. Mostraba su intento de solución para calmar el dolor y el fracaso de dicha respuesta que resultaba siempre insuficiente para la

⁷⁵ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adicciones y conductas de riesgo en adolescentes: la urgencia subjetiva* (Fernández Raone, M., 2014). Publicado en E. Benedetti (Dir.), *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. 2º Jornadas de salud mental y adicciones* (pp. 107-117). Buenos Aires: Laura Bonaparte.

elaboración del duelo por su padre. Nos resulta pertinente considerar de qué manera Pedro había quedado indisolublemente ligado a ese padre en una pendiente mortífera, incluso en una de sus últimas crisis de angustia sólo pedía por aquél.

Debemos aclarar que Pedro realizó una primera entrevista de admisión en el año 2013. En esa ocasión relató su preocupación respecto de sus accidentes y problemáticas ligadas al consumo. En ese momento también comentó que él ya había consultado previamente hacía un tiempo en el hospital. Un año más tarde volvimos a presenciar una nueva entrevista de admisión: Pedro había abandonado nuevamente el tratamiento hacía unos meses y solicitaba un turno para reiniciar el mismo. Pero en la última consulta algo había ocurrido que cambió la vida de Pedro. Se enfrentaba con su próxima paternidad y estaba desprovisto de un saber que le permitiera modificar su posición de hijo que permanecía sufriendo por la ausencia de un padre. La intervención del equipo profesional se vio facilitada por la subjetivación actual del malestar de Pedro, las crisis de angustia y las vacilaciones subjetivas que éstas implican para proponerle un tratamiento ambulatorio y un breve periodo de terapia farmacológica.

Nos esperaba un largo recorrido de entrevistas preliminares porque a pesar de que Pedro reconocía el hecho de estar “muy nervioso” y mostrar intenciones de afrontar su paternidad, razones por las cuales aceptaba el tratamiento, expresaba “Por lo menos un tiempo, para estar más tranquilo, también me da miedo de caer preso, yo fui detenido cuatro veces pero era menor, ahora tengo más de 18 años”. Sin embargo, debemos tener en cuenta en la perspectiva futura para orientar nuestras intervenciones esta posición que se mantenía en Pedro cuando decía “no quiero estar tan nervioso, ponerme a pensar en los problemas que tengo”. En este caso, la madre, “ex adicta” desconocía cualquier situación conflictiva de su hijo y reconocía un solo agente etiológico en todo lo que le ha pasado, la droga como el único factor interviniente en sus detenciones y graves accidentes. Nos preguntamos si la alienación de Pedro al discurso materno no se mostraba acaso como un intento fallido de separación a través de recurrir al consumo que es a lo único frente a lo cual su madre se oponía con firmeza.

2. Cuando la demanda es de la institución penal

2.1. Alejandra: una madre en riesgo⁷⁶

Alejandra (caso 120), de 16 años, asistió al hospital por orden judicial (penal). Se encontraba en un instituto, con la posibilidad de obtener la prisión domiciliaria “por buena conducta”. Concurrió a la entrevista de admisión acompañada por la psicóloga del instituto, la cual delimitó como síntomas principales de Alejandra su pérdida de peso y sus dificultades para “conciliar el sueño”, asociados al consumo de sustancias.

En la entrevista individual la joven parecía interesada en la consulta, hizo referencia a la separación de sus padres, ocurrida hacía un año; a la muerte de su hermana cuando ella tenía dos años; a los episodios de violencia de la nueva pareja de su madre; y al consumo de psicofármacos. A su vez, señaló que en el episodio del robo en el que participó golpeó a una mujer, en una explicación confusa donde también se produjeron disparos por parte de la víctima del robo. Después de enumerar las situaciones que parecían haberla afectado, Alejandra manifestó su principal preocupación y angustia: la separación de su madre, con quien no había podido encontrarse por expresa prohibición de las autoridades del instituto. “Mi mamá me dio la vida, está sola, ya se le murió un hija”, insistía, visiblemente alterada.

Señaló que en el instituto había sufrido un “ataque de nervios”, teniendo que asistir al servicio de enfermería. Reconoció que ya había padecido estas crisis en su hogar pero lograba calmarse después de aceptar las pastillas que le ofrecía su madre. “Es cuando ya no puedo más, no me gusta hablar, guardo tantas cosas que exploto”, concluía. No pudo situar qué es lo que le ocurría, no obstante, parecía aferrarse a un único motivo de su malestar: estar alejada de su madre, a la que parecía considerar en riesgo permanente, porque había realizado varios

⁷⁶ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia, consumo de sustancias y condiciones de presentación de la demanda terapéutica: las derivaciones institucionales* (Fernández Raone, M., 2015b). Publicado en *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.252-256). Buenos Aires, Argentina.

intentos de suicidio. Alejandra pasaba así de la necesidad de reunirse con su madre por los cuidados que le prodigaba a la urgencia para asistir a su madre siempre en riesgo de suicidio.

Después de estas expresiones cargadas de afecto, Alejandra se mostró reticente, expresando abiertamente su malestar por verse obligada a concurrir a la consulta y aduciendo que no le gustaba el lugar donde se hallaba, ni hablar, ni asistir al espacio terapéutico. “No me gusta hacer las cosas que me dicen, que me obliguen, venir acá, al colegio, desayunar, porque si no, me sancionan. Me gusta hacer las cosas que yo quiero”, expresaba. En contraposición, la única autoridad que “respetaba” era su familia, mientras se refería con desprecio a las figuras de la institución, a las que no respetaba, “no son nadie” para ella. Alejandra sólo podía sostenerse en la queja: por estar encerrada, por estar separada de su familia y por las peleas con el personal y sus compañeras del instituto. Se mostraba molesta cuando se la interrogaba sobre su relación con la madre.

En el curso de la entrevista fueron surgiendo, sin embargo, algunos problemas que la afectaban, tales como la dificultad de estar sola en lugares cerrados, el insomnio, las crisis de angustia, pero siempre retornaba el principal problema que la aquejaba: la preocupación constante por su madre.

Este breve recorrido nos deja una enseñanza: el origen de la demanda, en este caso la institución en el marco jurídico penal, ha condicionado obstaculizando la apertura de un espacio en el que pudiera desplegarse otro discurso. Por el contrario, para Alejandra el hospital se encontraba en continuidad con el poder judicial y la sanción que había recibido, y respondió con los mismos reparos y temores con los que se enfrentaba a ellos.

2.2. Miguel: un futuro incierto

Miguel (caso 23), de 17 años, concurrió solo, y refirió que aceptaba un tratamiento ambulatorio como alternativa a seguir detenido. Expresó que era adicto a la marihuana y a la cocaína y reconocía que la droga era más fuerte que él. Robaba para drogarse y fue detenido por la policía. Había abandonado la escuela a los 13 años, época en la que comenzó a consumir. Explicaba su situación por la falta de

un padre que lo detuviera, lo castigara. También por las relaciones que comenzó a mantener con otros chicos y la excesiva tolerancia de su madre.

Su padre se suicidó cuando Miguel tenía 5 años, ingirió un litro de alcohol con veneno. Miguel comenzó a consumir a los 12 años, reconocía que estaba perdido, y trataba de explicarlo diciendo que era muy cerrado, no quería hablar con nadie, y fácilmente respondía con violencia. Lo explicaba por la droga, que se había convertido en el único interés de su vida, que lo llevaba a robar para poder comprarla. Consideraba que las cosas eran diferentes ahora, que ya podía decidir su vida, y no se iba a drogar toda la vida.

Su experiencia en el centro de detención le resultó insoportable, fue agredido, los preceptores no controlaban la situación, y finalmente había logrado que lo respeten. Manifestaba sentirse muy afectado por la detención y por lo incierto de su futuro si continuaba consumiendo drogas. Se mostraba desorientado, sólo entendía que “algo hay que ser en la vida”, pero sus planes se mantenían en suspenso.

El tratamiento le parecía una alternativa después de haber estado preso, porque antes ni lo consideraba y continuaba con las drogas. Señalaba al respecto: “Si nunca hubiera caído preso, nunca hubiera hecho el tratamiento. Mis amigos, mi novia, me decían “tenés que dejar la droga”. También me decían que iba a caer preso. Y bueno, si me sigo drogando voy a caer preso”. Prefería vivir con su hermana y cuñado, allí trabajaba y no se drogaba. Lo hacía cuando volvía a la casa de su madre y se encontraba con amigos del barrio.

Relataba recuerdos de su infancia: después de la muerte de su padre se tornó muy rebelde, estaba en la calle, limpiaba vidrios de autos. Hasta llegó a faltarle el respeto a su madre. El descontrol se inició a los 13 años. Quería ser como su hermano mayor que se drogaba y que no supo ponerle límites. En ese momento estaba preso. Reconocía que aceptaba el tratamiento por la exigencia y control del juzgado.

3. A dos voces: padres e hijos

3.1. Paula y su padre: cortes y adicción

Paula (caso 108), una joven de 17 años, concurrió con su padre por indicación del Tribunal de familia, porque la jueza a cargo del caso sospechaba que consumía sustancias, aunque su ingreso en esa institución judicial obedeció a otra razón. Paula se cortaba los brazos hacía dos años, se sentía muy mal por las peleas con su madre, quien no le permitía salir de su casa y la mantenía encerrada. Desde hacía un año vivía con su padre, separado de su madre desde hacía diez años. Concurrieron ambos a la consulta, y los dos participaron activamente. Paula se mostraba disgustada con su madre, ya que “ella tiene todo y nosotros nada”, y aclaraba: “yo tengo comportamientos agresivos pero no consumo nada”. El padre ratificaba los dichos de su hija, y aseguraba que él creía en su palabra. Pero temía que a partir de su malestar se volviera a cortar y “caiga en las drogas”. Las peleas con su madre habían continuado en las visitas que Paula le hacía, y después pasaba tres días llorando. Antes recurría a los cortes para aliviarse. “Me sentía sola. Soy depresiva, caigo y no quiero salir”, expresaba. El padre agregó que justamente por eso temía que se suicidase, cuestión que fue reafirmada por Paula quien reconocía haber tenido pensamientos suicidas. Se ha peleado con compañeras de colegio, se sentía mal mirada, y padecía de crisis de angustia que le impedían ir a la escuela que consideraba un lugar hostil. En continuidad el padre expuso sus propios problemas: ha sido adicto, también depresivo y con ataques de pánico, como su hija. Se sentían muy parecidos, por eso a veces chocaban. “Cuando yo me levante, también ella se levantará”, expresaba con mucha confianza.

El padre había decidido hacía un tiempo internarse por su adicción, pero no lo hizo porque Paula no lo soportaba y lo confirmaba al decir “no me siento bien si él no está, por eso me agarró como una locura pensando que podía internarse”. La joven recordó que sufrió mucho a los 13 años, época en que comenzaron los cortes, cuando veía a su papá drogado. Fue el peor período de su vida. “Los dos tenemos miedo, yo que él se pase con la droga, y él que yo me pase cortándome”.

En espejo los dos testimoniaban los riesgos de la atracción que compartían por la caída en una pendiente mortífera y el amor que los unía en una relación que les impedía separarse. “El único que me entiende es mi papá”, expresaba Paula.

Había estado también muy ligada a su padrino quien tiempo atrás se suicidó, hasta soñaba frecuentemente que le hablaba. Lloraba hacía un tiempo, pero ahora había cambiado: “estoy seca, no me importa nada”, nos decía cuando se quedó sola en la entrevista, después de haberle pedido al padre que la esperara fuera del consultorio. Ella quería irse de la casa que compartía con sus abuelos y su padre, quería vivir sola. Pero volvió a decir que se sentía sola, que extrañaba a su madre a quien odiaba, porque le hacía la vida insostenible y que además la echó de su casa.

No le interesa consultar por sus problemas, sólo había venido por obligación, “no quiero ir al psicólogo porque me pongo a llorar y no me gusta que los demás sepan que estoy mal”. Sin embargo, reconocía que las crisis de furia la superaban, en esas ocasiones quería romper todo, incluso temía llegar a matar a alguien cuando perdía el control, como cuando se enteró de que su padre quería internarse. Concluyó la entrevista diciendo “No tengo la culpa yo de todo esto y pensaba ¿Para qué me tuvieron si me van a tener así?”.

3.2. Leandro y su madre: rechazo de tratamiento y reivindicación materna

La madre de Leandro (caso 20, 16 años), muy angustiada había recurrido a diferentes instituciones y en el momento de la consulta había sido derivada a este hospital. Solicitaba la internación para su hijo y se mostraba reivindicativa y quejosa porque nadie había aceptado alojarlo. Decía que Leandro desde hacía tres años se drogaba y era rechazado por todos los miembros de su familia. Ocurrió un episodio de violencia con su hermano, tío de Leandro, en el que se agredieron mutuamente. No creía más en las promesas de su hijo, consideraba que no podía vigilarlo como si fuera un preso, y no lograba que lo internasen porque para eso tendría que haber robado. No se preocupaba por las razones del consumo de su hijo: “Las cosas suceden porque suceden. No soy científica, no me pregunten, no me pongan a evaluar. No me vengan con el cuento de que lo

violaron. ¿Viste como están las esquinas? Nunca fui una madre ausente. Le compré una computadora. Me dijeron que no iba a tener un chico en las polleras de su madre las 24 horas. Ahora todos los chicos se drogan porque la vida los dañó, lo que sea, pero no, se droga porque le gusta la droga. A ustedes puede engañarlos, a mí, no”.

Cuando se realizó la entrevista con Leandro en ausencia de su madre expresó que consumía sustancias desde los 11 años, mientras vivía con su madre. Le ofrecieron y le gustó. Su padre nunca estuvo con él, lo describía como borracho, lo abandonó cuando Leandro tenía dos años y después no lo quiso ver más. Reapareció cuando tenía 12 años y le dijo que era su padre. Era en realidad un “transa” y fue él el que le dio el primer cigarrillo de marihuana y aunque lo consideró algo malo, siguió fumando. Leandro lo echó más tarde de su casa, porque quería vender droga allí, y consideró que eso era peligroso y perjudicial para su familia.

Leandro había abandonado la escuela hacía 3 años. Se quejaba de que no tenía adónde vivir porque todos los integrantes de la familia lo rechazaban, por eso ahora vivía con su madre, que se enloqueció días atrás cuando descubrió el olor del pegamento que le ofrecieron sus amigos. Reconoció su consumo y, aclaraba, no adicción a la marihuana, pero parecía no tener problemas por eso, ya que trabajaba y podía mantenerse. Concurrió al hospital porque se lo pidió su madre, y entendía que eso era un problema para una madre, era inaceptable que su hijo se drogase. Creía que desde que era chico todo andaba mal en su familia, particularmente cuando fueron desalojados de su casa por una estafa y se vieron obligados a refugiarse en la casa del abuelo materno. Fue muy difícil saber que no tenía dónde vivir.

No parecía interesado en realizar un tratamiento, sólo para escuchar una opinión, tal vez, “porque eso de dejar los vicios, está en mí”. Relataba que su tío era esquizofrénico, y que había intentado matarlo, cuando se imaginó que le había robado uno de los objetos de su propiedad. Sentía que la familia no lo quería porque fumaba marihuana.

Cuando la madre fue informada de la posibilidad de que Leandro realizase un tratamiento ambulatorio, lo rechazó ostensiblemente, amenazando con recurrir a Derechos Humanos. Madre e hijo se pelearon en la entrevista. Ella consideraba que no estaba capacitado para vivir en sociedad. Informaba que estudiaba una carrera terciaria y había obtenido el certificado de fin de estudios. Confesaba que hasta ella una vez le compró la droga, para supervisarlo. “Se la fumó toda en un día, no tiene límites, es un adicto”. La madre insistía en que no tenía dónde quedarse, sólo la calle. Y preguntó a los profesionales “¿Por qué no lo quieren?”. Leandro le contestó “Porque me drogo, no soy adicto, si quiero lo dejo”. Luego de la discusión con la madre, Leandro abandonó el hospital, sin esperar que se le informase acerca del turno que se le había acordado.

3.3. Daniela: la puerta que se mantiene abierta

Daniela (*caso 109*), de 17 años, fue conducida por su madre a la consulta, porque presentaba problemas de conducta, insomnio, cambios frecuentes de escuelas y serias dificultades en las relaciones familiares. En el curso de la entrevista asistimos a la disputa entre la madre y la hija, que no aceptaba las permanentes acusaciones de su madre, especialmente cuando le decía “drogadicta”. La madre se presentó como víctima de los problemas de su hija y de innumerables problemas médicos: depresión, dolores musculares constantes, y malestares diversos, que justificaban que ella no pudiese soportar la conducta errática de Daniela, y pidiese ayuda al hospital. Su tono era monocorde, exhibía su sufrimiento, y sostenía con firmeza la drogadicción a la marihuana de su hija.

Daniela nació en Estados Unidos de una relación con un hombre de esa nacionalidad. Pero a los dos meses de la niña volvió a la Argentina, aunque años más tarde quedó embarazada otra vez de este mismo hombre y tuvo su hijo menor. La particularidad de Daniela, que ella reivindicaba, era ser “la única reconocida por su padre legalmente”. Además, hasta sus 9 años, cuando su padre murió, viajaba con frecuencia a Estados Unidos para visitarlo, razón por la cual quedaba libre en la escuela por inasistencias y reiniciaba las clases en otra diferente. Daniela se ofendía por las acusaciones de su madre, especialmente no

aceptaba que la tratase de adicta. Sin embargo, no podía explicar por qué razón dejaba la puerta abierta del departamento contiguo a la casa de su madre dónde vivía, en cuyo jardín cultivaba una planta de marihuana.

Las frecuentes actuaciones, que habían llegado hasta un intento fallido de suicidio, se presentaron como modo de reclamar amor y atención a su madre, de quien se quejaba porque las enfermedades que padecía ocupaban el centro de su vida desde que su padre murió y sufría por los cuidados que no recibió de su parte. Madre e hija peleaban continuamente, y no se podían separar. La madre requería atención psiquiátrica de su hija, solicitaba que la medicasen por su supuesta adicción, no considerando otra alternativa de tratamiento.

Cuando entrevistamos a Daniela sin su madre, la joven preguntó si podía hablar de otras cosas que no fuese la droga, ya que ella tenía muchos problemas de otro tipo, problemas que la angustiaban y que no le permitían dormir por la noche. Se mostró dispuesta a mantener entrevistas, aunque su madre prefería que un médico le recetase psicofármacos como los que ella consumía por sus malestares corporales y sus dolores musculares.

Es interesante mencionar aquí que la secuencia posterior de las entrevistas preliminares sufrió los avatares de las relaciones de las dos consultantes: la madre consiguió la medicación para su hija, y esta última llamó por teléfono para avisar que no podía concurrir. Se hizo presente para anunciar sus ausencias, modalidad que manifestaba muy bien su posición subjetiva y que, sin embargo, nos obligaba a esperar, entendiendo que se trataba de una transferencia salvaje, y que quedaba abierta esta otra puerta, cuando la oferta de un análisis pudiera abrir una demanda de verdad.

3.4. *Facundo: padres culpabilizados y decepción del hijo*

Facundo (caso 9), de 17 años, concurrió acompañado por sus padres, se mostró molesto e incómodo en la situación de consulta. La madre lo había descubierto hacía dos meses, y estaba muy preocupada por el futuro de su hijo que pronto cumpliría 18 años y se drogaba. La madre relató una situación familiar complicada, porque el padre había estado preso cuatro años y hacía pocos meses había salido

de la cárcel. Pocos días después de su retorno Facundo tuvo un grave accidente en la moto, en el que perdió los dientes y quedó con heridas en los ojos y nariz. También creía que lo había afectado el suicidio de un amigo que empezó tratamiento por sus adicciones. El padre intervino acentuando las diferencias entre él y su hijo, ya que él había trabajado desde joven y recién a los 30 años comenzó con las drogas. Su queja recaía en el cambio que observaba en Facundo después del accidente, ya que había dejado de trabajar y no parecía interesarle estudiar. Se mostraba culpable por no haber podido estar con su hijo en su adolescencia y parecía atribuirle el consumo de Facundo a su ausencia. La madre lo encontraba “muy cerrado”, también se sentía culpable, porque creía que le había dado todo, y se justificaba por las privaciones que le había hecho sufrir su propia madre. Facundo no parecía aceptar la autoridad del padre, la madre lo entendía porque consideraba que antes él era el hombre de la casa, y también pensaba que su padre no lo quería porque lo trataba mal.

Facundo pasó luego a la entrevista y permaneció solo en la misma, expresando su rechazo de la consulta. Sólo consumía marihuana y alcohol los fines de semana, desde hacía unos meses. Empezó porque sí, no tenía interés en dejar la marihuana, le gustaba porque le daba risa, lo ponía alegre. Reconocía que esto se vinculaba con la ausencia del padre, “soy hombre y no puedo hablar ciertas cosas con mi madre, mi papá me faltó”, expresaba. El regreso de su padre fue muy esperado, pero pronto se decepcionó. Entendía que la cárcel había sido un castigo de Dios para su padre, porque era un “rata”, no le daba dinero. No pudo continuar la escuela porque repitió dos veces, había empezado a trabajar, pero tuvo el accidente y no continuó. No recordaba nada de ese accidente, sólo que pensaba que se moría. Reiteraba que no quería hacer ningún tratamiento porque no se reconocía como adicto. Tenía planes de estudiar y trabajar cuando cumpliera los 18 años de edad.

4. Adherencia a las drogas y estrategias de salida

4.1. Joaquín: autoacusaciones y una única salida

Joaquín (caso 51), de 21 años, llegó por segunda vez al Hospital, solicitando desde el comienzo de la entrevista una internación, porque aseguraba que todos los tratamientos habían fracasado, él reconocía que no se podía controlar, porque se trataba de su personalidad. Se describía como egoísta, mitómano, carecía de escrúpulos y lastimaba a las personas que lo querían.

Creía que los padres veían desde chico que tenía tendencias “turbias”. Sus padres, especialmente el padre era una persona dura, rígida. Pero no quería atribuir a ellos lo que le ocurría, por el contrario, se culpaba de lo que les ocurría, era una familia destrozada: “Para un padre un hijo que consume es algo espantoso” expresaba. Lo que resultó insoportable últimamente fue el intento de suicidio de su madre, quien tomó pastillas y raticida para terminar con todo, aunque más tarde le expresó que en realidad había sido una lección para él, “para que me acuerde de mí”. Comete el lapsus y se corrige enseguida, sin advertir la equivocación en el registro de la enunciación. Este intento de suicidio de su madre no surtió el efecto esperado, porque continuó consumiendo, y agregó “perdí los sentimientos, me cuesta sentir algo”. De este modo exclamaba, angustiado, “¡que se quiera suicidar tu vieja y por tu culpa...!”.

Comenzó con las drogas a los 14 años, consultó en un centro de adicciones en donde hizo un tratamiento psicológico y mentía, ocultaba lo que estaba pasando. Comentaba otra vez sus dichos, juzgándose desde una posición crítica: “Mi viejo es una persona derecha, y ¡que te salga un hijo torcido...! Aunque nunca robé. Yo ya llegué a la ruina, por eso quiero internarme”. El paciente continuaba culpándose: “Acomodo las cosas a mi favor, en el tratamiento me creía mis mentiras”. La madre antes lo defendía, pero ahora se cansó. Su relación con las drogas era imparable, reconocía una obsesión por las mismas, no tenía ganas de nada y agregaba “¿qué palabra tiene un mentiroso?”.

No quiso que llamasen a sus padres, no quería involucrarlos y decía, llorando, “quiero resolverlo por las mías, ellos no”. Como contraste con la presentación que

hacía de sí mismo, hablaba de su familia como personas que tenían valores, gente que trabajaba. Al finalizar la entrevista expresó: “Necesito estar encerrado”.

4.2. *Simón: la droga es lo único que conozco*

Simón (caso 38), de 21 años, concurrió por indicación de la Jueza a partir de haber recibido la denuncia por violencia doméstica después de haberse peleado con su novia. Explicó justificándose que en realidad los dos se agredían, que él no pudo hacer otra cosa luego de que su novia le dijese “tu madre se va a morir.” Nos informó que su madre estaba internada por una enfermedad grave y que le provocaron mucho dolor las palabras de su pareja. Reconocía que era adicto a la cocaína y que venía para ver si en el hospital podían ayudarlo a dejarla, ya que él no podía, y se gastaba toda la plata en comprarla. Ahora se encontraba encerrado en su casa para no comprarla, hasta había tenido una crisis de abstinencia, ya que consumía todos los días. Lamentaba haber perdido años en la escuela, ahora se hallaba cursando el Polimodal.

No sabía bien por qué razón consumía, lo único que podía notar era que le gustaba consumir, “le tomé el gusto”, aclaraba. “Me gusta el estado en el que te pone, pila, pila. Puedo hacer cosas que no hago cuando no consumo”. Su padre consultó por el problema cuando tenía 15 años, y le recetaron sedantes. Sin reparar en la contradicción con lo que había sostenido anteriormente se mostró seguro del poder que tenía en manejar su consumo: “Como me metí puedo salir.” Le resultaba difícil explicar las razones de su adicción, ya que “tengo una familia que me dio todo”. En las conversaciones con su padre sobre el problema intentaba explicarle lo que le ocurría: “El adicto no te escucha, se da cuenta con el golpe”. “No sé por qué me gusta tanto, es riquísima”, añadía. Estaba muy unido a su novia, quien tenía una familia en la que varios miembros consumían, y en su casa lo invitaban.

Ha llegado a llorar cuando no tenía plata para comprar la droga, y se mostraba muy afligido porque no podía salir de su adicción, sus amigos eran drogadictos también. Sus padres no lo entendían, no creían que ahora estuviera tratando de cambiar. Llorando comentó que ahora ya no era el mismo, había cambiado mucho

por su consumo. En conversaciones con su amigo se lamentaba de que debía terminar el colegio, y necesitaba dejar la cocaína. En su barrio en años anteriores era conocido porque hablaba bien ante los demás, ahora sólo podía hablar de drogas “porque es lo único que conozco”, incluso sus amigos piensan que es un delincuente. No podía dejar de advertir que los otros lo encontraban “pesado”, “monotemático”, “sólo hablo de drogas”, insistía.

Su situación familiar era complicada, por eso trataba de escaparse de ese lugar: su padre era un depresivo, por lo que su madre enferma tenía en realidad un problema doble, él y su padre. Llorando se remitía a su amigo, que era el que él creía que podía ayudarlo. “Todos perdemos con el consumo”, se lamentaba. Hasta las relaciones con su novia han cambiado, recordaba que “éramos iguales, pensábamos y hasta actuábamos igual”, pero explicaba que ella era muy celosa, por eso lo agredía y se desencadenaban las situaciones de violencia. Solicitó tratamiento en el hospital, pero no le gustaban ni los psiquiatras ni los psicólogos. La última vez que tuvo una entrevista con un psicólogo, se fue del consultorio muy mal, y no pudo evitar “cortarse todo”, es decir, se hizo cortes en el brazo, autoagresión que describió minuciosamente.

Simón se mostró muy afligido por la situación a la que había llegado, pidió asistencia, pero temía lo que pudiera pasarle si comenzase un tratamiento psicológico, tenía el recuerdo de la angustia que surgió después de consultar con un psicólogo. El recurso a los cortes en esa ocasión daba cuenta de lo insoportable del recurso a la palabra, aunque no explicó qué fue lo que lo conmovió tanto.

El uso de la cocaína le resultaba necesario para “poder hacer cosas que no puedo hacer sin eso”, pero por otro lado, advertía las consecuencias de su adicción, que resultaban en contradicción con los ideales que todavía mantenía, especialmente la posibilidad de terminar el colegio y poder trabajar.

Durante toda entrevista manifestó su malestar y la necesidad de terminar pronto con su adicción, pero esperaba más del apoyo de su amigo que de un tratamiento. Ha concurrido al hospital aceptando la indicación de la jueza, que le impuso una

restricción que le impedía acercarse a su novia, con quien se mostró muy unido, a pesar de que la relación se ha tornado insoportable. Su familia que “le dio todo” era ahora para él también un lugar insoportable, por la enfermedad de su madre y la depresión de su padre, quien se había ocupado anteriormente de su problema, pero que en la actualidad no era reconocido como alguien que lo pudiese apoyar, por el estado depresivo en el que se encontraba.

4.3. Bruno: una demanda imperativa de internación

Bruno (caso 21), de 19 años, consultó espontáneamente, acompañado por alguien al que se refirió como su padre, pero que en realidad era el compañero de su madre desde hacía nueve meses.

Consultó pidiendo una internación, porque se sentía mal, todo le molestaba dentro y fuera de su casa. No podía precisar su malestar, excepto que todavía no podía aceptar la muerte de su hermana menor en un accidente de tránsito ocurrido hacía poco. No parecía con interés por hablar sino que demandaba permanentemente su internación, para él imprescindible para alejarse de todo lo que lo rodeaba, cambiar de ambiente, de gente.

Había comenzado a consumir sustancias desde los 10 años y había llegado a no poder vivir sin la droga, todo tipo de drogas, pegamento, alcohol y pastillas. Ha tenido varios intentos de internación, pero se ha escapado. También estuvo preso en una comisaría por robo, y consideraba que eso lo había hecho cambiar de manera de pensar, pero agregaba, “pero es igual, mi barrio, la gente con que me junto. Me pongo a fumar un porro”. Estuvo internado en un Hospital General por intento de suicidio, no recordaba mucho, porque había estado más de una semana tomando pastillas y un amigo lo encontró colgado. No recordaba bien las razones por las que quiso ahorcarse. Recibía desde entonces tratamiento psiquiátrico que lo tranquilizaba pero sólo momentáneamente.

Parecía muy dependiente de su madre, y temer que ella se enterase cuando consumía drogas, ya que discutían mucho por esto. Había vivido con un tío y en esa ocasión se drogaba permanentemente. No logró precisar como volvió a su casa “después de la nada volví a mi casa”. El relato era impreciso, no establecía

secuencias organizadas, y el joven se mostraba muy imperativo con la demanda de internación. Tenía otros dos hermanos que habían concurrido a un centro provincial de adicciones. Bruno tenía una novia que, como su novia anterior, “anda con pastillas”, que él utilizaba. Su madre no se la dejaba ver. Tomaba psicofármacos y todo tipo de drogas, incluso alcohol, en grandes cantidades. Hacía muy poco había regresado a su casa, después de la muerte de su hermana. Parecía confundido “No sé que anda pasando últimamente. Quiero averiguarlo. Por ahí esa es la solución”, concluía.

5. Crisis de angustia y función de las drogas

5.1. Cristian: un encuentro con lo imposible de soportar⁷⁷

Cristian (caso 4), de 21 años, padecía lo que llamó “ataques de pánico” desde hacía unos meses, y desde entonces no se había sentido bien, tenía miedo, por la insoportable experiencia que tuvo en su cuerpo. Como había consumido drogas desde los 12 años, creía que esto le pasaba por su adicción, pero parecía haber comenzado a pensar que tal vez se trataba de otra cosa, por lo que entendía que necesitaba ayuda.

Recordaba en la entrevista que comenzó a consumir a los 12 años, desde el momento en el que se separaron sus padres. Allí comenzaron sus problemas en la escuela por mala conducta y ausencias. Su queja recaía en la escasa presencia que habían tenido sus padres, de quienes parecía esperar sostén y apoyo, y nunca lo había conseguido.

No había tenido trabajos estables, y hasta ahora lo único constante parecía ser la relación con su novia, de quien esperaba un hijo dentro de 7 meses. Cristian no relacionó su nueva situación con la aparición de las crisis de angustia, su futura paternidad no recibió comentarios.

⁷⁷ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia y consumo de sustancias: el problema de la demanda terapéutica* (Fernández Raone, M., 2011). Publicado en *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología VIII Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.80-83). Buenos Aires, Argentina.

Su temor a la repetición de los ataques era notable, había disminuido el consumo, prefería por ahora pensar que la angustia estaba vinculada con esto último. Comenzarían ahora las entrevistas, en las que podría operarse un proceso de rectificación subjetiva, necesario para la localización del síntoma como respuesta subjetiva.

5.2. Jorge: un hecho traumático que no se puede olvidar⁷⁸

Nos encontramos con una presentación patológica similar cuando entrevistamos a Jorge (caso 17), de 19 años. Fue una crisis de angustia lo que interrumpió su actividad laboral. Le resultaba insoportable la experiencia de dolor y la alteración que sentía en sus miembros hasta dejarlo paralizado en esos momentos. Por indicación de los médicos de la Guardia Hospitalaria a la que concurrió, a los cuales mencionó su consumo de cocaína, asistió a nuestro centro hospitalario.

Jorge vinculaba los episodios con el grave problema familiar del que se hizo cargo manteniéndose lo más calmo posible. Dos parientes cercanos fueron agredidos sexualmente hacía unos meses y a partir de ese día “su vida se tornó algo complicado”. Cumplió el papel de sostén de todos, y nunca pudo expresar lo que sentía, padecía insomnio, no lograba dejar de pensar en lo que le había ocurrido a sus familiares.

Consideraba que tenía un “desorden” vinculado al consumo de drogas, que empezó muy temprano a los 12 años. En esa época reconocía que estaba “perdido”, y se encontró envuelto en la adicción y en la delincuencia, por lo que tuvo que pasar diferentes momentos en centros de rehabilitación. Su queja era que para él las cosas pasaron muy de golpe, “la vida muy de golpe, quedé como trastornado”. Sin embargo, todo dio un giro cuando conoció al que seguía siendo su apoyo y le servía de orientación, un amigo con el que se encontró a los 17 años, el cual le ayudó y le hizo disminuir el consumo de drogas. Era el mismo que

⁷⁸ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia y consumo de sustancias: el problema de la demanda terapéutica* (Fernández Raone, M., 2011). Publicado en *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología VIII Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.80-83). Buenos Aires, Argentina.

le aconsejó consultar por las crisis de angustia. Su gran preocupación actual eran sus parientes abusados, los sentía vulnerables, se identificaba con ellos porque “el síntoma de estar bien es un hilo que se puede cortar en cualquier momento”.

La opacidad de lo que le ocurría en los momentos de angustia llevó a Jorge a intentar resolver su problema a través de hablar sobre lo que le ocurría, “porque con la familia no se puede hablar”.

5.3. Laura: la reaparición del padre y el recurso a la droga⁷⁹

Laura (caso 32), de 22 años, se presentó en el hospital especializado expresando que sufría lo que ella denominaba “ataques de pánico”. Tenía un hijo de cuatro años, fruto de la relación con su ex pareja, el cual se encontraba preso. Su hijo estaba bajo tratamiento psicológico a causa de encopresis y enuresis, presentaciones que comenzaron cuando salió transitoriamente de la cárcel el padre del niño hacía unos meses.

Laura fumaba marihuana desde los 15 años hasta el momento de la consulta. También había consumido psicofármacos recetados por “la ansiedad” en un principio por la psiquiatra que la atendía a sus 16 años (cuando también asistía a un centro de adicciones) y cocaína, pero ahora ya no refería utilizar este tipo de drogas. Si no consumía marihuana no podía dormir, el insomnio se presentaba si no apelaba al tóxico, el cual la tranquilizaba.

Laura sufría de crisis de angustia desde los 11 años, cuando su padre, “alcohólico” y el cual había estado ausente durante más de cinco años, reapareció en su familia. Situó el momento preciso de la primera emergencia de la crisis de angustia: sus padres estaban discutiendo y Laura comenzó a sentir que le faltaba el aire, sintiendo que iba a morir. Hacía dos años que los ataques no se presentaban, pero hacía poco tiempo resurgieron a partir de ciertos episodios que

⁷⁹ Este caso se presentó en el marco del trabajo *Adolescencia y crisis de angustia: la demanda de asistencia terapéutica* (Varela, J. & Fernández Raone, M., 2013). Publicado en *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.681-684). Buenos Aires, Argentina.

Laura puso en serie: la salida transitoria del padre de su hijo de la cárcel (que fue apuñalado e internado hacía unos meses) y la nueva aparición de su propio padre que había estado ausente, el cual se presentó en su casa y le robó algunas cosas. Sin embargo, en la entrevista planteaba que los ataques le “agarraban de la nada”, algo que irrumpía sin que ella pudiese adjudicar frente a qué, “me agarra una desesperación”, insistía.

Cuando se presentaban estas crisis de angustia Laura se cortaba las piernas y los brazos, se mordía los dedos, “cuando estoy así no sé qué hacer, busco algo que me saque de ese estado, un baño de agua fría, me corto, lo que sea”, afirmaba. Planteaba que los ataques habían sido generalmente por la noche, lo cual relacionaba con su necesidad de consumir marihuana antes de dormir.

Conclusiones de las primeras entrevistas

Hemos recorrido una serie de primeras entrevistas, agrupadas por rasgos característicos, sin dejar de precisar la singularidad de la articulación entre la presentación de la demanda y la exposición del malestar. Constatamos al respecto que sólo uno de los apartados se refiere a casos de reconocimiento de la adicción que padecen, en los que resulta muy difícil que los pacientes hablen de otra cosa que de su dependencia y en los que exponen casi exclusivamente el malestar que provoca la impotencia para lograr el abandono de la droga, a pesar de sus reiterados intentos por encontrar por sí mismos la salida de esto que los domina.

En ese aspecto, debemos tener en cuenta que la entrevista con Joaquín resultó muy diferente a las demás realizadas en la admisión al Hospital. Su lenguaje era cuidado, se expresaba con claridad, parecía poder objetivarse permanentemente, tal vez recogiendo frases de los tratamientos y especialmente de sus padres, con quienes se identificaba en su posición crítica con respecto a sí mismo y al consumo que lo superaba. El escaso valor de la palabra se ponía en juego en su reiterada referencia a las mentiras, denunciando de esta manera los semblantes que permitían mantener una orientación discursiva a la enunciación. A pesar de la agudeza de las observaciones superyoicas que profería, adoptando el punto de

vista de los padres, Joaquín no ha presentado en el curso de la entrevista nada que se alejase del problema del consumo de sustancias, no había ninguna intriga en su relato, ningún interrogante, ninguna falta de saber, ninguna situación conflictiva que acompañase o se encontrase en el comienzo y la continuidad de su consumo. Lo explicaba por su “personalidad”, y de esta manera cerraba el problema, solicitando una medida extrema que lo alejase de su familia y le impidiese su adicción, que sólo parecía molestarle por el malestar que provocaba particularmente en su madre y su padre. Estas consideraciones serán relevantes en el momento de la oferta de tratamiento y la dirección de la cura en un paciente que se mostraba como “no engañado” con respecto a la función de la palabra para abordar esta obsesión que lo dominaba.

En algunos de los restantes casos, el problema del consumo de sustancias que sirvió de motivo de consulta dio lugar a la apertura de una problemática en la que se manifestaron posiciones de rebeldía y oposición que han sido consideradas propias de la llamada “crisis de la adolescencia”, y el pasaje al acto o los acting out han conducido a los jóvenes a situaciones de riesgo que culminaron en general en la internación por la urgencia hospitalaria.

Los casos de Lucas y Sabrina se encuentran de este grupo y coinciden en algunos aspectos: los dos concurren después que los padres han recurrido a la Justicia de Menores, alarmados por episodios en los que sus hijos pusieron en riesgo su vida. En ambos casos, estos episodios fueron el corolario de cambios de conducta previos, que se manifestaron como rebeldía, desafío y un consumo de drogas y alcohol que fueron en aumento. Tanto en el caso de Lucas como en el de Sabrina fue la madre la que solicitó la consulta, una pidió la internación de su hijo, la otra alguna solución que pudiera obtener de la institución para regular el descontrol de su hija. En los dos jóvenes asistimos en la primera entrevista a manifestaciones de rechazo de la demanda terapéutica, así como una insistencia en reafirmar sus estilos de vida y la adicción como una libre elección que no estaban dispuestos a abandonar. Las graves consecuencias que han sufrido por el exceso al que han llegado, “el mal cálculo” (Stevens, 2001) que han efectuado en su derrotero de consumo, no parecen haber adquirido un significado que los conmoviera. Sin

embargo, es necesario señalar las diferencias, que recaen sobre la particularidad de la posición subjetiva de ambos.

Lucas se situó como un niño irresponsable, que tenía todos los derechos y que no estaba sujeto a ninguna autoridad, difería para más adelante, “cuando sea grande” las decisiones que tendría que tomar. La relación con su madre, ese Otro que no dejaba nunca de ser la referencia de lo que decía, pareció ocupar un lugar fundamental, a ella se dirigían los reproches por una experiencia de abandono de la que no quería hablar. Toda la responsabilidad pareció serle atribuida a ella, aludiendo al pasado, cuando algún tipo de exceso que se mantuvo en silencio pareció haber estado presente en el seno familiar. Lo que más temía Lucas es sin embargo ser separado de su madre, por eso rechazaba el pedido de internación, y aceptaba sin dificultad la posibilidad de concurrir al hospital para seguir con las entrevistas.

Por el contrario, Sabrina con tranquilidad rechazó la oferta, porque para ella la palabra no tenía ningún valor, su permanente autoafirmación y el carácter demostrativo de sus hazañas y transgresiones no resultaban tener como dirección el Otro parental. En la entrevista su tono era uniforme, no buscaba convencer, sólo describía lo que hacía, lo que quería, y aquello que nada podría cambiar, eso a lo que se aferraba “es lo mío”. Se mostraba fascinada por imágenes de niños que evidenciaban los signos de un consumo gozoso que quería llegar a conseguir, aspiraba a participar en robos y agresiones, como actividades esenciales para lograr esa nueva identidad que había hecho suya, y que intentaba por todos los medios que fuera reconocida por los otros, vista e identificada, más allá de la diferencia de sexos.

Notamos que en éstos como en otros casos que se inscriben en la misma línea se trata tanto de la búsqueda de autoafirmación y autonomía como de la necesidad de mantenerse en el estado de niño irresponsable, ambas posiciones subjetivas que pueden conducir a buscar en la droga una satisfacción que sirve a su vez como modo de ruptura salvaje con los adultos a cargo, impotentes para entender o resolver el atolladero en el que se encuentran. De esta manera, la autoafirmación

es también una autodestrucción, como también se encuentra una deriva similar en el caso en el que el duelo por el padre sin resolver progresivamente conduce al joven a un juego con la muerte.

Otra de las enseñanzas que estas primeras entrevistas nos ofrecieron es la dificultad del abordaje en aquellos casos en los que la institución que se ocupaba de la sanción penal por delitos cometidos era la que demanda asistencia al hospital. Resultó muy difícil modificar la posición de los jóvenes que enfrentaban la consulta sin diferenciar la oferta de tratamiento hospitalario de la obligatoriedad de cumplimiento de la pena y sólo querían escapar de ambas instituciones, para retornar al medio familiar.

Completamente diferente es la situación de aquéllos que concurrieron al centro de asistencia por un malestar imposible de eludir, en general por una derivación equivocada. En esos casos, la dependencia o el consumo de sustancias se presentó como un antecedente significativo, a veces se le otorgó un papel etiológico, en otras ocasiones fue el momento para revisar la situación en la que muy tempranamente comenzaron a recurrir al tóxico, lo que retroactivamente retornó en el momento presente, situación que se mantenía en la oscuridad, no queriendo saber nada de eso. Podemos extraer también una enseñanza de estos casos como los de Cristian, Jorge y Laura que, como ya lo hemos señalado, se distinguen de los que habitualmente concurren a la consulta en un Centro Especializado en Drogodependencia y Alcoholismo. En primer lugar, que es en una coyuntura específica que rompió la continuidad de la existencia del sujeto, la que lo condujo a buscar una respuesta, en la que inscribir su malestar. En segundo lugar, que fue la experiencia de la angustia, “que no engaña”, la que los confrontó con el fracaso de lo que hasta entonces funcionaba como una solución frente a problemas que comenzaban a descubrir que los afectaban desde la pubertad, y ante los que sólo podían escapar en el olvido que la droga les procuraba. La contingencia de un encuentro, en Cristian la paternidad, en Jorge la agresión sexual a dos integrantes de su seno familiar, en Laura el retorno del padre, está en el principio de la ruptura del equilibrio precario que estos jóvenes habían encontrado, no sin tener que atravesar un camino de delincuencia y de

sanciones penales en los dos primeros. La implicación subjetiva que se manifestó en lo que decían ofrece la primera de las condiciones de posibilidad para un proceso de rectificación subjetiva, necesario para situar el proceso analítico.

Por otro lado, aquellos casos que hemos presentado intercalando el discurso de los padres y de los hijos por los que consultaban, nos permiten descubrir la solidaridad que, en el malentendido, reunía una madre o un padre en un acompañamiento del que pretendían liberarse y que sin embargo cada vez más los mantenía juntos, como víctimas o verdugos, en un mundo cerrado que les permitía mantener su estilo de vida, con el recurso a las drogas, los cortes e incluso en ocasiones con actuaciones diversas que llegaban a culminar en intentos de suicidio.

II. Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo

Hemos elegido el caso clínico de un paciente de 19 años, Leonardo, que asistió al Hospital Especializado donde realizamos nuestro estudio. Las entrevistas preliminares realizadas en el marco de su tratamiento, el cual fue de dos años, contribuyeron al análisis y profundización de las problemáticas que orientaron nuestro trabajo de investigación. La posibilidad de trascender las entrevistas de admisión iniciales y de poner en forma el síntoma fue de fundamental importancia para la aproximación a nuestra pregunta de origen sostenida en la intersección entre la adolescencia, el consumo de sustancias y el pedido de atención en una institución especializada.

De este modo, consideramos importante haber logrado establecer la coyuntura de consulta de la demanda inicial, su procedencia y el motivo de la misma. De igual modo, hemos delimitado la presentación de síntoma junto con la posición subjetiva frente al malestar y la función que para Leonardo tenía la droga. Por otro lado, también expondremos los principales cambios que pudieron observarse durante el tratamiento, la rectificación subjetiva y la finalización del ciclo. En esta formalización también incluiremos la modalidad que adquirió la transferencia y los desplazamientos producidos en el curso de las entrevistas.

En este sentido, al considerar las coordenadas teóricas de lo que implica el periodo de la adolescencia y la injerencia actual de los nuevos síntomas, en este caso las adicciones o toxicomanías, nos resultó pertinente tomar esta presentación para, sin dejar de lado la singularidad del sujeto, entrever cuestiones ligadas a las características propias de la adolescencia como síntoma de la pubertad.

En síntesis, en la construcción de este caso se devela que no se trata de *“hechos acumulados de donde puede surgir una luz, sino de un hecho bien relatado con todas sus correlaciones”* (Lacan, 1966/2013, p.367).

1. La nostalgia por el padre

Leonardo (caso 95), consultó al centro hospitalario a los 19 años preocupado por el consumo de alcohol y marihuana. Su madre hacía un tiempo se había mudado de su ciudad de origen a La Plata, cuando se enteró del malestar de su hijo. Lo acompañó, en primer lugar, a otro centro especializado, pero no prosiguió el tratamiento, porque el joven no tenía ninguna intención de cambiar nada. Ahora, en el momento de esta consulta, parecía dispuesto, preocupado por las consecuencias que le traía su relación con las drogas, “problemas de memoria”, “deterioro y amnesia”. La madre representaba un gran apoyo y Leonardo se mostraba dependiente de sus consejos y sobre todo de lo que le decía sobre ciertas cuestiones que ignoraba de su pasado. La decisión de consultar surgió justamente a partir de un episodio ocurrido en su casa que su madre presencié y que la asustó. Episodio que pareció enmarcarse en el deseo de Leonardo de mostrarle en acto aquello de lo que no podía hablar con ella. Fue en esa ocasión que lo descubrió desmayado, caído en el suelo, por una posible sobredosis de alcohol, por lo que requirió asistencia médica. Es en ese momento que se enteró de lo que estaba pasando, aunque no hablaron mucho sobre el tema. Esto lo pudieron hacer tiempo más tarde, cuando ella descubrió que seguía consumiendo y él debió confesarse, hablar con su madre del problema y buscar soluciones.

En la primera entrevista Leonardo justificó su consumo excesivo por experiencias que consideraba de fracaso: la separación de su novia de la adolescencia y sus

dificultades para aprobar materias en la carrera universitaria que había iniciado. Como dato adicional agregó que su padre había muerto cuando tenía 5 años, por una sobredosis de cocaína.

A partir de esta primera consulta se le ofreció el inicio de encuentros semanales en el dispositivo de un tratamiento ambulatorio, lo que conformó la entrada en el mismo (Freud, 1913/1991c; Quinet, 1996).

Notamos que desde el inicio Leonardo presentó una demanda de tratamiento, expresando el malestar que lo aquejaba (Thompson et al., 2006). Su presentación sintomática, la cual adjudicó en un principio al consumo, y su posición de queja, junto con otras cuestiones que emergieron a lo largo de las entrevistas subsiguientes, nos hace pensar en que se trataba de una estructura neurótica (Miller, 1997).

2. El consumo y las preguntas sin respuesta: la sexualidad hace agujero en lo real

Hacía cinco años que Leonardo consumía marihuana y alcohol, y lo relacionaba con “el tiempo en el que uno aprende a ir tomando responsabilidades”. Recordaba que en ese momento, a partir de los 10 años, surgieron preguntas vinculadas con el sexo, frente a las que no encontraba respuestas. Lo que entonces apareció era la necesidad de tener presente a su padre, para que pudiera responderle y orientarlo, lo que nos recuerda los planteos esgrimidos por Lacan (1957-58/2004) y Miller (1998) en referencia a la función paterna en este momento de la vida. Leonardo lloraba por no tener a su padre. Todos lo tenían, se rebelaban contra él, “yo quería tener problemas con la figura de la autoridad”, refería en las entrevistas. Más adelante recordará que cuando durante su infancia vivió sin límites, con su madre y muy apoyado por sus abuelos, para ellos era un niño perfecto, agradaba a todos. Las dificultades surgieron cuando se introdujeron problemas que no llegó a mencionar relacionados con el sexo, y recibió cierta ayuda de un tío, pero no pareció haber resultado suficiente porque necesitaba hablar con su padre, es más, hablaba con él “como la gente habla con Dios”.

Este período de angustia y silencio llegó a su fin cuando probó la marihuana y el alcohol, que le permitieron olvidar todas las preguntas y todo malestar. Coincidiendo con lo que Freud (1930/1979) tan bien supo señalar, la droga le ha servido a Leonardo como modalidad de diversión, recreación, escape, evasión y olvido, y ahora reconocía advertir sus efectos negativos. Se manifestaba con culpa por el consumo, tenía “remordimientos” por consumir, incluso sueños que relataba vinculados a su relación con las drogas lo hacían sentir culpable. Pero, por otro lado, desde que había dejado de consumir, se sentía inseguro, temeroso, angustiado, le costaba asumir desafíos como dar un examen en la facultad.

Otro de los aspectos que comenzaron a ponerse en evidencia, relacionados con la transferencia y la suposición de saber que ésta implica (Miller, 1997; Quinet, 1996), fue la dificultad para hablar de sus problemas, por “la debilidad” a la que se veía expuesto por el hecho de comunicar lo que en él no funcionaba. Advertía que esta limitación había sido algo negativo para él: “Nunca pude hablar de nada, nunca, de nada”.

3. Las identificaciones horizontales y el grupo de autoayuda

Ya hicimos alusión al hecho de que la institución en donde se realizó el tratamiento ofertaba la posibilidad de la inclusión en un grupo de sujetos con problemas de consumo o adicción, el grupo GABA (Grupo de Autoayuda Bonaerenses en Adicciones).

Leonardo concurría también a este dispositivo terapéutico, dirigido por un “ex adicto” carismático, que pareció resultarle un gran apoyo, cuestión que ya señalamos con lo planteado por Laurent (Miller, 2005). Notamos que en las entrevistas se identificaba como adicto (Miller, 1995, 2005; Silitti, 1995), de acuerdo al signifiante privilegiado en el grupo, y repetía frases que allí había escuchado, tales como “Seguís consumiendo porque estás mal, porque estás bien, y por las dudas”. La transferencia lateral con el grupo favoreció el fortalecimiento de una identificación que impedía establecer una nueva implicación subjetiva (Aflalo, 2002), necesaria para la construcción de un síntoma. Para conmover esta identificación, las reiteradas intervenciones realizadas en el curso

de las primeras entrevistas privilegiaron el equívoco y el suspenso de las afirmaciones sostenidas en la dinámica grupal.

Progresivamente dejó de hacer referencia al apoyo que le brindaba el grupo, y en una de las entrevistas nos dijo: “el consumo es el árbol”, para expresar que había descubierto una nueva perspectiva del consumo, advirtiéndole que en realidad le permitía ocultar problemas que evitaba plantearse. Junto con este cambio, se produjo a su vez una modificación en la relación transferencial que daba cuenta de sus vacilaciones, ya que, por un lado, parecía decidido a “cerrar una etapa”, no quería continuar con el tratamiento porque concurrir al hospital le parecía mantenerse relacionado con una problemática que no era actual. Insistía en que el nombre mismo de la institución le recordaba a los tiempos en los cuales consumía y ahora él estaba alejado de todo eso.

Por otro lado, expresaba que tenía dificultad para hablar en el tratamiento de ciertos temas que le daban vergüenza. Se refirió así a un episodio que sólo ha hablado con su madre, y el que parecía no poder dejar de mencionar en el momento en que supuestamente se despedía: se trataba de un abuso padecido en la infancia, que parecía haberlo afectado seriamente. Cuando tenía más o menos 10 años concurría a un recinto donde realizaba prácticas de fútbol con otros niños. El dueño del lugar le permitía luego permanecer más tiempo sin cobrarle en el lugar para continuar entrenando, pero en varias ocasiones aprovechaba que Leonardo quedase solo para pedirle que le exhibiera sus genitales. El joven reconoció con culpa que no decía nada al respecto, simplemente lo hacía, hasta que el hombre intentó tocarlo y eso fue suficiente para que se decidiera escapar muy asustado y no volviera nunca más al lugar. Esa escena se ha tornado imposible de olvidar y por momentos su evocación adquirió carácter obsesivo.

Recordemos que al comienzo del tratamiento se había referido a la necesidad de tener un padre para poder despejar sus preguntas sobre la sexualidad, las que a pesar de ser escuchadas por la madre y un tío, quedaron sin respuesta. Después de sus últimas palabras, se le señaló la contradicción entre su deseo de terminar

el tratamiento y las preguntas que introducían la confesión del secreto. En ese momento se le renovó la oferta de entrevistas comunicándole que se lo esperaba la próxima semana.

4. La fragmentación de la novela familiar y cambios vocacionales

Leonardo continuó con el tratamiento por más de un año, aunque con ausencias reiteradas, hasta que finalmente dejó de concurrir. Luego de más de seis meses de haber abandonado el dispositivo, regresó al hospital. Sin turno previo, se presentó con su madre y solicitó una consulta. Se quejaba de sentirse muy mal, se lo notaba deprimido: no quería hacer nada, había abandonado la carrera, y se quedaba encerrado en su casa, alejado de cualquier actividad. Su madre estaba alarmada, era ella la que le había insistido para que concurriese con regularidad al tratamiento. Se mostraba muy desorientado, ya que había dejado todo lo que empezó. Había elegido la carrera universitaria por la influencia de su abuelo materno, con quien mantenía largas charlas. También había comenzado, por su influencia, a militar en política, pero estaba desencantado, ya no le interesaba.

Retornó el tema de su padre, del que sabía muy pocas cosas, sólo por las palabras de su madre y su abuelo. A veces tenía fantasías de suicidio asociadas al modo en que murió su padre y expresaba: “A veces cuando estoy mal pienso que podría darme una sobredosis, que lindo sería, no cortarme las venas, sino sobredosis de heroína”. Solo encontraba retazos de la figura de su padre, de quien le habían dicho “que me malcriaba, me quería mucho y era un vago”. En muchas ocasiones, durante su temprana adolescencia le hablaban de “portación de apellido”, refiriéndose a su parecido con su padre, por ser un vago. Había sentido cierto permiso para fumar marihuana, ya que pensaba “si mi padre se drogaba...” Recordó que insistía en las preguntas sobre su padre, pero como la familia no le respondía dejó de preguntar. De él insistía en que sólo le ha quedado la “portación de apellido”, “el apellido paterno pesa”, como si encontrara una forma de transmisión de rasgos negativos, porque su abuelo paterno “también era un desastre”. Su padre y su abuelo murieron antes de los 45 años. Se preguntaba si

se había tomado el derecho de repetir esas cosas, porque estaban justificadas, “eran mi padre y mi abuelo...”.

Transcurrió un período de gran malestar, se sentía paralizado, encerrado, ya ni siquiera la droga le resultaba una solución para escaparse. Una película que ha visto fue el disparador para relatar sus fantasías diurnas: imaginaba que su padre lo había abandonado y que un día mágicamente volvería, que por alguna razón se había ido y que seguía vivo. Reconocía que era una forma de negación de su muerte, y no podía entender cómo lo seguía esperando a pesar de lo que sabía, lo que le mostraba que no había cambiado demasiado ya que a los 15 años cuando se iba a bañar le contaba cosas a su padre, hablaba con él en silencio. Y ahora no era muy diferente, ya que se sentía “un nene esperando”. Después esta relación de confianza y búsqueda de consuelo se trasladó a su perro, al que convirtió en su confidente, pero murió hace poco y lo extrañaba mucho, decía llorando.

A pesar de su desgano e inhibición general, había decidido que el año próximo estudiaría un idioma ligado al origen de su apellido paterno. También expresó su interés por el país en donde se hablaba esa lengua. Ahora se inscribiría en una nueva carrera universitaria que siempre, insistía, le había gustado. A pesar de la intensa relación que lo unía a su madre, ponía en cuestión la versión que le había dado de su padre y la familia paterna, particularmente en este momento cuando su madre le insistía en que debía reclamar la herencia del padre, cuestionada por la abuela y la tía paternas.

5. La demanda de amor y el temor al abandono

A pesar de que Leonardo parecía entusiasmado con la elección de su nueva carrera, persistía su “pesimismo”, su fatalismo, pensar siempre que las cosas iban a salir mal, que no iba a poder realizar lo que deseaba. Esto ocurría con sus elecciones en general, incluso y sobre todo con las elecciones amorosas, lo inhibía la posibilidad de un rechazo. Reconoció que en general había hecho siempre lo que querían los otros, tenía una gran necesidad de mantener el amor de sus familiares y se guiaba por lo que indicaban o consideraban que estaba bien. Su familia había sido un gran apoyo para él, por eso ha permanecido tan

ligado a todos ellos. Cuando era niño no quería ir a jugar a casa de sus compañeros, siempre venían a su casa. Tampoco quería ir al Jardín de Infantes, porque pensaba que se quedaría solo, que lo iban a abandonar. No podía dejar de asociar su “fatalismo” con el abandono, esa pérdida de referencias en el Otro que lo hacían sentir perdido y desorientado. A pesar de que le gustaba vivir solo cuando vino a estudiar de su ciudad natal, porque “hacía lo que quería”, la convivencia con su madre le resultaba un sostén fundamental. Sin embargo, imaginaba la posibilidad de independizarse de su tutela, pero más adelante. Todavía se mostraba muy vacilante al respecto, pero había podido salir del encierro en el que encontraba y proyectar actividades. El tratamiento continúa, todavía no ha encontrado un camino, demasiado preocupado por la debilidad que puede sentir si la referencia materna se pierde.

Conclusiones del recorrido terapéutico del caso Leonardo

Recordemos que Leonardo era un “niño perfecto”, rodeado y amparado por la familia materna. El encuentro traumático con el sexo a los 10 años de edad, al que consideró “un abuso”, le abrió las preguntas sobre el sexo. Como consecuencia surgieron interrogantes sobre su padre ausente e idealizado, sobre el que sabía muy poco a partir del relato de su madre. Relato que siempre lo presentaba con rasgos negativos con los que Leonardo se identificaba, buscando una brújula para su desorientación.

El recurso a la droga en su adolescencia era una manera de olvidar los problemas, lo insoportable de una inhibición y una parálisis que lo afectaba tanto en sus elecciones vocacionales como amorosas. Buscaba de diferentes formas las referencias identificatorias que le permitieran encontrar un camino. Pero fracasaba y se hundía en la depresión, especialmente cuando ya no tenía el alcohol o la marihuana que le permitían a la vez tener un sueño tranquilo y sentirse más cerca de su padre, que murió por una sobredosis. El ideal materno del “niño perfecto” resultaba en este momento cuestionado cuando se vio enfrentado con un momento de elecciones y decisiones. Esto se traducía en una sensación de

fragilidad que lo hacía temer fracasar, de allí su fatalismo, incluso sus fantasías suicidas.

Leonardo parecía encontrarse a la deriva, ya no le servían las referencias que encontraba en los otros, su división era extrema, no había “fórmula” (Lacadée, 2007) que lo ayudase a encontrar soluciones rápidas. La oferta de asistencia a un grupo de autoayuda, que frecuentaba semanalmente, funcionó como transferencia lateral al dispositivo terapéutico (Aflalo, 2002). De este modo obstaculizó las posibilidades de rectificación subjetiva.

En el curso del tratamiento, por el contrario, pudo lograr tomar algunas decisiones que le marcaron un nuevo rumbo y despertaron su interés. El duelo por la ausencia del padre no ha terminado aún. La búsqueda de insertarse en una filiación a partir de rasgos mortíferos (ser un “adicto, un “vago”, un “desastre”) se han modificado, progresivamente, y el camino que se esbozaba para él era de tipo sublimatorio: estudiar una carrera universitaria vinculada con cuestiones que reconoce estrechamente vinculadas con sus orígenes familiares.

Conclusiones

Hemos circunscripto nuestro estudio a la articulación entre adolescencia, consumo de sustancias y demanda terapéutica en un hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo, lo cual nos condujo a la formulación de la pregunta que ha orientado la investigación realizada, ya mencionada previamente:

¿Por qué el consumo y la adicción a diferentes tipos sustancias tóxicas se inician en general en la adolescencia y qué particularidades y dificultades se encuentran en la demanda terapéutica por adicciones en una institución asistencial para abordar estas presentaciones desde una perspectiva psicoanalítica?

1. El inicio del consumo

A fin de responder a esta pregunta comenzaremos por exponer las relaciones entre el consumo de droga y el inicio en la adolescencia. Hemos constatado que este inicio se presenta en la gran mayoría de los casos en la adolescencia temprana, vinculada con la pubertad, de 12 a 15 años. Es el momento que se produce, como ya lo hemos dicho, el encuentro con lo que podemos denominar “el problema sexual”, es decir, los cambios que sufre el niño cuando se enfrenta a los interrogantes que se abren sobre su posición frente al sexo y su identificación sexual, así como la separación de la autoridad de los padres. Es el momento en que las fantasías infantiles o teorías sexuales (Freud, 1905/1978) no alcanzan para responder al agujero de saber que se abre en relación a los enigmas de la sexualidad. Este problema se ve agravado, como lo observamos en algunos de nuestros casos, cuando se produce conjuntamente con la separación de los padres o la muerte o la pérdida de una referencia familiar de importancia. En otros, por retroacción se despiertan los reclamos por deudas pasadas de parte de algunos de los padres, y son frecuentes las conductas de desafío y recriminación por el abandono sufrido. El deseo y el rechazo de mantener la posición infantil se hacen presentes, así como el reclamo y el rechazo de esos padres que ya no son

lo que eran. El inicio en el consumo es un intento de eludir el problema que se les presenta, manteniendo la referencia a los padres en las conductas de rebeldía, con fugas, errancias y transgresiones diversas, que pueden llegar en ocasiones a situaciones de riesgo que ponen en peligro su vida.

En algunos casos, la droga sirve como modo de afirmación de una nueva identidad, una nueva vida, que se integra con la de grupos o bandas de jóvenes marginales que se erigen para estos pacientes como modelo de una existencia sin restricciones y el ejercicio de un goce sin límites. Nos ha resultado llamativo que son escasas las referencias en la mayoría de los casos a relaciones con el otro sexo, tampoco a vínculos amorosos. El consumo de drogas que en general es presentado como formando parte de un estilo de vida es explicado en algunos casos por la ausencia del padre o por la conducta promiscua de la madre, que resulta cuestionada porque hace presente lo rechazado de ella como mujer, especialmente si no hay un hombre reconocido como padre para cubrir el lugar de pareja de la madre.

No siempre es fácil situar las coyunturas del comienzo del consumo de drogas, que son variadas, pero en general las respuestas son vagas tales como “por curiosidad”, “me convidaron y acepté” “vi escenas de chicos que se drogaban y dije ¡esta es la mía!”. En algunos casos los jóvenes comienzan el consumo poco después de la separación de los padres, o en ausencia del padre por la importancia que cobra para el paciente la figura de un hermano mayor que consume, del que se quejará más tarde porque no ha sabido ejercer su autoridad, no le ha impuesto normas y sobre todo límites, y lo ha dejado solo. La relación con los pares adquiere en estos casos importancia, ya que el temor de no ser incluido en el grupo al que necesitan pertenecer como nueva referencia los conduce a compartir sus costumbres y evitar todo aquello que pueda excluirlo. Este grupo de pares reemplaza otras relaciones fuera de la familia, por ejemplo, las vinculadas con la escuela, que en general es abandonada progresivamente a medida que aumenta el consumo de drogas.

2. Relación con la droga

Una parte de los 120 pacientes reconoce su necesidad irrefrenable de consumir drogas, pero no utiliza la expresión “soy adicto”. En estos casos es necesario diferenciar aquellos en los que la relación con la droga les permite afirmar su identidad, de aquellos otros, en general de más de 17 años que por el contrario, se quejan de las consecuencias de su adicción “soy otro con la droga”, sienten que se pierden, y más aún que les hace perder todo lo que han logrado hasta entonces. En uno de los jóvenes el reconocimiento de su adicción y la impotencia para dejar las drogas van acompañados de una queja melancólica en la que se acusa de todos los males de su familia y repite las palabras y críticas de su padre, encontrando como única solución el encierro que le puede ofrecer la internación. Otros sólo admiten su consumo frecuente, pero rechazan la categoría de adicto con la que sus padres lo denuncian, y sólo aceptan el uso de la droga con fines recreativos, asegurando que pueden dejar de consumir si se lo proponen. En la misma vertiente, otros se muestran muy adheridos a la droga porque les permite hacer cosas que no podría hacer sin ella, por ejemplo, robar, divertirse o perder inhibiciones.

Lacan (1976) ha caracterizado al denominado “toxicómano” como aquel “que rompe el matrimonio con el falo”, es decir cuando se trata de casos en los que la droga es el único partenaire del sujeto, cuyo uso sirve de recurso que evita pasar por el Otro y particularmente por la incertidumbre que conlleva su deseo sexual. En nuestra investigación sólo en dos casos se presenta la importancia de las relaciones de pareja: en uno de los jóvenes por el malestar que le provoca la separación de su novia elegida “porque era igual a mí, éramos parecidos en todo, nos drogábamos juntos”, pero esta condición fue insuficiente para mantenerlos juntos, ya que las frecuentes peleas y agresiones culminaron en una denuncia de la joven y la restricción de acercamiento. Otro de los casos sólo manifestaba su angustia por el abandono de su mujer, a consecuencia de su conducta violenta cuando consumía drogas, consumo que ocupaba gran parte de su vida. Se muestra en ellos el privilegio que había adquirido el goce autoerótico y su incompatibilidad con una relación vivible con el otro sexo. Estos pacientes en

general carecen de proyectos y se aferran tanto a la droga como a su pareja, aunque les resulta imposible convivir con ambas.

En el caso que hemos presentado en el Apartado II. *Un recorrido terapéutico: el caso Leonardo* del Capítulo 2. *Estudio de casos* (Parte II) la aparición del “problema sexual” se produjo después de varias entrevistas, en un momento en que propuso la interrupción del tratamiento, cuando el joven parecía carecer de palabras para continuar. Fue en ese momento que surgió el recuerdo penoso de su participación en una escena de seducción cuando era niño y los problemas que surgieron, particularmente, según él, por la soledad en la que se encontraba “a falta de un padre”. El consumo de marihuana le permitió poco después evadirse de la angustia que le provocaban los interrogantes sobre su identificación sexual y su posición frente al Otro sexo. Es interesante subrayar que el problema se presentó después de un recorrido y cuando se decide su relación con un nuevo tipo de saber, aquél que surgió cuando el síntoma adquirió la forma de la pregunta del sujeto

Es de señalar, por otro lado, que hemos asistido a varias consultas motivadas por los temores de los padres en los casos de consumidores ocasionales, que se encontraban obligados a acompañarlos, pero que ellos no reconocían el consumo como problema, ni le otorgaban a la droga un papel importante en sus vidas. Sin embargo, algunos de estos adolescentes parecían preocupados por otras cuestiones que sus padres ignoraban y se mostraban dispuestos a abordarlas en el espacio que el hospital ofrecía.

3. La función de la droga

El consumo tuvo en muchos casos, particularmente cuando se trataba de marihuana, la función de aliviarlos de la angustia, de permitirles dormir, y escapar a problemas que no llegaban a formular. Otros se drogaban para dejar de pensar, cuando el pensamiento los agobiaba y necesitaban calmarse y lograban de esta manera evitar “el despertar de los sueños”. En muchos casos el consumo de drogas les sirvió para justificar la violencia y transgresiones que no podían detener, y fue esto lo que pareció hacerles síntoma, pero en realidad obturaban

cualquier pregunta porque estaban seguros de lo que causaba sus estallidos y agresiones. En general todos ellos reconocieron sus dificultades para comunicarse, los recursos simbólicos para dirigirse a otros, y privilegiaron los actos o actuaciones para expresar lo que les ocurría. La apelación a los padres nunca faltó, como lo mostraba uno de los pacientes cuando se quejaba amargamente de que ha aumentado su consumo pero los padres no se daban por enterados, no querían saber que algo andaba mal en él.

Con respecto a la relación con los padres, observamos en algunos casos dos conductas opuestas: mientras que algunos temían dejar de ser el niño amado que había sido para sus padres, manteniendo sus ideales de la infancia y su identificación fálica, otros, por el contrario, expresaron su decepción contrariando los ideales familiares, pero no hallaban una nueva orientación que los sostuviera, sólo la relación con la droga les servía para recuperar “un paraíso perdido”.

4. Problemas asociados

En general el número de jóvenes que concurrieron a la consulta exclusivamente por el consumo de drogas fue escaso, y no es difícil descubrir que lo que llevaba a los padres, e incluso a los jóvenes cuando consultaban por sí mismos se vinculaba con otros problemas. En un número importante de casos, la intervención de la justicia penal o el Tribunal de familia, puso de manifiesto la impotencia de los padres para solucionar los problemas de los adolescentes y tanto unos como otros, la justicia y los padres, atribuyeron al consumo de drogas las transgresiones o conductas delictivas que se presentaban. En otros casos, eran los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales los que rechazaban las consultas por crisis de angustia en aquellos pacientes que habían, en el pasado, consumido sustancias, lo que reforzaba la creencia de los pacientes de que las crisis obedecían a su consumo previo, cuando en realidad respondían a otras razones y se originaban a partir de coyunturas de eclosión manifiestas.

Un grupo de los jóvenes que consultó habían presentados accidentes y conductas de riesgo de diverso tipo, así como intentos de suicidio, en una amplia franja etaria

de 13 a 22 años. En un alto número de estos casos habían llegado al Hospital por Tribunal de familia o por la Justicia Penal.

5. La demanda terapéutica y su abordaje

Los problemas planteados por las dificultades del abordaje analítico de los adolescentes, reconocidos desde hace tiempo, se renuevan especialmente en la actualidad. Asistimos con frecuencia al “no quiero saber nada” (Deltombe, 2009, p.102), que sanciona el rechazo de la demanda terapéutica que formulan padres o instituciones, quienes llegan a aceptar su impotencia para mantener una convivencia posible. Este reconocimiento frecuente de una culpabilidad del padre o de la madre, no hace más que profundizar su caída de los roles tradicionales como figuras de autoridad y no tiene más efectos que fijar las posiciones de autoafirmación y denuncia de los semblantes adultos. ¿Qué margen de maniobra tiene el psicoanalista en estas condiciones? En primer lugar, necesario es recordar más que nunca cuando se trata de adolescentes, que ninguna categoría puede obturar la consideración de cada caso en su particularidad. Particularidad de la que se desprenden las coordenadas específicas de una intervención que, contando con principios generales que la orienten, no puede dejar de contemplar invenciones y respuestas inéditas que permitan abrir un espacio en el que la palabra pueda desplegarse.

Las condiciones de posibilidad de un recorrido analítico estarán determinadas por una ductilidad respecto a las posiciones subjetivas que permita reconocer en el rechazo o el desafío una respuesta al malestar que no ha encontrado otros modos de resolución. En algunos casos la apertura para alcanzar la constitución de un síntoma resulta en ocasiones prolongada y compleja, así como en otros puede tener el efecto diferido de una oferta que en el futuro puede llegar a convertirse en una alternativa a la que apelar.

En consonancia con este planteo, podemos retomar la pregunta que hicimos previamente en otros capítulos acerca de las implicancias subjetivas y terapéuticas que podía concitar la nominación del espacio terapéutico en el cual desarrollamos nuestra investigación. A partir de ella arribamos a dos cuestiones.

Por un lado, desde nuestra posición, existe el riesgo de que los prejuicios de trabajar en un espacio de asistencia marcado por el nombre aludido impidan un desarrollo de las entrevistas, en la medida en el practicante objetive al joven como “adicto”. En consecuencia, será necesario que, a través de las primeras entrevistas con el paciente y sus padres o figuras de autoridad, tengamos en cuenta determinadas coordenadas para orientar nuestro proceder y estrategia terapéuticos. De este modo, determinar la coyuntura del inicio del consumo así como la función del tóxico para el sujeto que consulta será relevante en un comienzo del tratamiento. Sin embargo, la dirección de la cura deberá estar orientada por la búsqueda de otras cuestiones y problemáticas que han llevado al sujeto a recurrir a la sustancia como respuesta a determinadas condiciones particulares que irán, si es posible, surgiendo durante el tratamiento.

Por otro lado, ya mencionamos que el paciente o sus allegados que consultaron acudieron a un centro hospitalario que específicamente atiende determinada “patología” (Ghía, 2006) en donde el término “adicto” se presentó en las entrevistas inaugurales, bajo las modalidades señaladas previamente. En esta nominación y en la consecuente posición frente al tratamiento se destacaron la ausencia de implicación subjetiva y, en algunos casos, se añadió la afirmación de una identidad conformada desde ese signifiante. Estas condiciones conllevaron muchas veces la imposibilidad del inicio de un tratamiento y deberán ser consideradas con vistas a un futuro posible abordaje terapéutico.

Otra cuestión que podemos destacar con relación a estas primeras entrevistas son las condiciones de tiempo y dinero. En la institución donde realizamos nuestro estudio no había, al menos en el momento en el cual entrevistamos a los pacientes, una estipulación del tiempo del tratamiento, a diferencia de otros ámbitos hospitalarios o centros de salud donde el lapso del mismo puede variar, pero regido por normas institucionales (determinada cantidad de entrevistas, o meses). Con respecto al carácter simbólico del dinero o el pago de la sesión recordemos, con Freud (1913/1991c), que también adquiere relevancia en el tratamiento a partir de sus íntimas vinculaciones con factores sexuales poderosos. Sin embargo, en el hospital seleccionado, la atención asistencial no conllevó

ningún honorario por parte del profesional actuante, al menos en lo que respecta al propio paciente. Este factor, así como nos interpela con respecto a la implementación de estrategias y tácticas en el contexto de las condiciones que enmarcan el tratamiento, puede ser un obstáculo en el transcurso del mismo.

Esta problemática, junto con otras de las características subrayadas, se reiteró en la mayoría de los casos estudiados. No obstante, aparecieron algunos de ellos en los que el propio paciente acudió a la consulta a partir de la confrontación con aquello que lo hacía sufrir y de lo cual consideraba que podía y quería hablar. Hemos elegido dentro de este último grupo un caso, que llegó a la consulta desde un lugar de padecimiento con respecto al consumo.

Precisamente, en las entrevistas preliminares el recorrido realizado con el paciente Leonardo nos ofreció enseñanzas de especial importancia. En primer lugar, sobre las modificaciones que se operan en el proceso de rectificación subjetiva en la cura analítica. En segundo lugar, sobre las relaciones entre adolescencia y las soluciones adictivas en la actualidad.

En conclusión, en su conjunto los resultados de nuestro análisis nos conducen a sostener, al menos inicialmente, que la consulta por el consumo de sustancias, ligada muchas veces con otras manifestaciones sintomáticas o las llamadas conductas de riesgo, no siempre aparece como la problemática central manifiesta. Se tratan de presentaciones clínicas de compleja resolución donde no puede hablarse de soluciones “inmediatas”, como muchas veces la situación de urgencia requiere (Sotelo, 2007). El analista en este momento es convocado a responder, ligada esta premura con la estructura de la demanda urgente. Cada caso nos demuestra la necesidad de algún tipo de lectura de la situación para poder proceder con táctica y estrategias si el tiempo del tratamiento nos lo permite. Alojar al sujeto, escucharlo sin realizar interpretaciones salvajes, intentar delimitar el malestar e introducir una pregunta en aquello que lo conmueve en el presente proponiéndole una apuesta de tratamiento futuro son algunas de las ofertas terapéuticas iniciales posibles.

Esta cuestión nos concierne desde dos perspectivas. En primer lugar, a la hora de pensar en los tipos de abordajes terapéuticos posibles en la consulta adolescente vinculada a las adicciones o toxicomanías y a la urgencia subjetiva. En segundo lugar, en el dispositivo psicológico de entrevistas individuales donde estas expresiones pueden aparecer como una manifestación que no puede ser puesta en palabras, al menos en el inicio de la consulta, siendo los actos los que hablan por el sujeto.

Recordemos que los casos seleccionados se inscriben en el dispositivo de entrevistas de admisión donde aún no podemos hablar de un vínculo transferencial. En las entrevistas preliminares en el caso estudiado, en cambio, apareció un margen de maniobra mayor, de modo tal que pudieron emerger interrogantes que trascendieran el motivo de consulta que se presentaba originalmente de manera manifiesta. Es en esa perspectiva que aparece la búsqueda que posibilita la modificación de la posición subjetiva frente al propio malestar, circunscripto inicialmente al consumo. De este modo, la dirección de la cura se orientará hacia la implicación del paciente en el proceso de rectificación subjetiva.

Nuestra propuesta puede delinearse, entonces, en el derrotero de un cambio de perspectiva en las entrevistas de admisión, que permitan conducir al paciente a un nuevo interrogante que introduzca una apertura que posibilite la continuación del tratamiento en ciernes o de un tratamiento futuro.

En consecuencia, las estrategias a implementar deberán dirigirse a que cada paciente singular pueda responder a la oferta realizada, dependiendo en la mayoría de los casos de un encuentro contingente que lo enfrente con un real imposible de soportar.

Referencias

- Aflalo, A. (2002). Las psicoterapias y el psicoanálisis. *Virtualia*, 6, 2-9.
- Aichhorn, A. (2009). *Juventud desamparada*. Buenos Aires: Gedisa (Trabajo original publicado en 1925).
- Alexander, F. & Staub, H. (1935). *El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1929).
- Amadeo de Freda, D. (2015). *El adolescente actual*. Buenos Aires: UNSAM.
- Ariès, P. (1960). *L'enfance et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris: Plon.
- Arnoult, A. (2011). *La mediatization des troubles liés à l'adolescence dans la presse quotidienne nationale française (1995-2009)*. (Tesis doctoral en Ciencias de la Información y de la Comunicación, Université Lumière Lyon 2. Institut de la Communication). Recuperada de http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/arnoult_a#p=0&a=top
- Badiou, A. (2000). *El siglo*. Buenos Aires: Manantial.
- Bailly, D. (2009). *Alcool, drogues chez les jeunes: agissons*. Paris: Odile Jacob.
- Bauman, Z. (2006). *Amor Líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2008). *Vida de consumo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Becker, H. (1985). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.
- Belaga, G. A. (2004). La institución frente a lo inclasificable y la toxicomanía. *Freudiana*, 41, 125-131.
- Belçaguy, M. N., Cimas, M.G., Cryan G., & Loureiro, H. (2015). Adolescencia y tecnologías de la información y la comunicación. Documento de trabajo de la Cátedra Psicología Evolutiva Adolescencia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Bernfeld, S. (1996). La psychanalyse dans les mouvements de jeunesse. *Adolescence*, 14(1), 205-211 (Trabajo original publicado en 1919).
- Blanco Figueroa, F. (2003). *Jóvenes del tercer milenio*. Colima: Universidad de Colima.

- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Boucquey, S. (2003). Justine, ni avec, ni sans la maternité. *Quarto*, 79, 31-32.
- Bourdieu, P. (1984). La "jeunesse" n'est qu'un mot. En P. Bourdieu, *Questions de sociologie* (pp.143-154). Paris: Minuit.
- Brousse, M. H. (1998). Filiation et transmission. *Letterina*, 20, 3-5.
- Brousse, M. H. (2000). *Los cuatro discursos y el Otro de la modernidad*. Cali: Grupo de Investigaciones de Psicoanálisis Lacaniano de Cali.
- Byron, A., Huerre, P., & Reymond, J.-M. (1979). *Drogues. Toxicomanes et toxicomanie*. Paris: Hermann.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Caiata, M. (2002). Le consommateur intégré: entre adaptation a la réalité et production de la réalité. En C. Faugeron & M. Kokoreff (Dirs.), *Société avec drogues. Enjeux et limites* (pp.63-77). Ramonville Saint Agne: Eres.
- Carew, V. (2010). La problemática social del delito en menores de edad. La concepción de responsabilidad en el discurso social y en la práctica clínica. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.36-38). Buenos Aires, Argentina.
- Carew, V. (2011). Campo normativo y dimensión clínica en los tratamientos de la toxicomanía. En G. Salomone (Comp.), *Discursos institucionales, Lecturas clínicas. Dilemas éticos de la psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales* (pp. 180-200). Buenos Aires: Dynamo.
- Carew, V. (2014). Los tratamientos instituidos frente a la problemática de las adicciones y sus ideales de eficacia. Rol y función del clínico en su intervención. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XXI Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.103-106). Buenos Aires, Argentina.

- Carreño, J. E., Álvarez, C. E., San Narciso, G. I., Bascarán Fernández, M. T., Cerceda, A., Hoyos, M., Brewer, C., & Bobes, J. (2002). Tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos depot. Una alternativa en el tratamiento de dependientes de opiáceos. *Salud y drogas*, 2(1), 83-101.
- Carreter Parreño, J., García Castillo, O., Ródenas Aguilar, J. L., Gómez Saldaña, A., Bermejo Cacharrón, Y., & Villar Garrido, I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atención Primaria*, 43(8), 435-439.
- Cerfoggia, L. (2010). *La comunidad terapéutica: origen y desarrollo del dispositivo en Argentina. Aplicación a la problemática de las adicciones* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles: Mardaga.
- Colbeaux (2010). "L'adolescence" de Winnicott. Recuperado de <http://colblog.blog.lemonde.fr/2010/02/27/ladolescence-de-winnicott/>
- Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones (2010). *Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Cortesse, S. & Risso, M. (2008). Tratamiento del Síndrome del Retiro de Opiáceos. *Vertex*, 19(77), 522-526.
- Cosenza, D. (2009). L'initiation à l'adolescence: entre mythe et structure. *Mental*, 23, 46-50.
- Costa, A. M., & González, C. (2008). Definiendo el concepto "abuso" de alcohol desde el sentido que los adolescentes atribuyen a su práctica. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (pp.295-296). Buenos Aires, Argentina.
- Cottet, S. (2006). El padre pulverizado. *Virtualia*, 15, 2-7.
- Cottet, S. (2008). El sexo débil de los adolescentes: sexo- máquina y mitología del corazón. *Virtualia*, 17, 3-9.
- Cottet, S. (2013). Les variations de l'humeur chez l'adolescent et la question du transfert. Conferencia dictada en el *Ateneo Clínico de Dijon del 7 de septiembre*. Recuperado de http://www.uforca-dijon.fr/index.php?option=com_content&view=article&catid=5:publication&id=17:conference-serge-cottet-07-decembre-2013
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104.

- Debesse, M. (1937). *La crise d'originalité juvénile*. Paris: P.U.F.
- Delgado, O. (2011). Angustia y trauma. *Virtualia*, 23, 48-55.
- Deltombe, H. (2009). Sortir de l'adolescence. *Mental*, 23, 99-107.
- Deltombe, H. (2010). *Les enjeux de l'adolescence*. Paris: Michèle.
- Derrida, J. (1997). *La diseminación*. Madrid: Fundamentos (Trabajo original publicado en 1975).
- Dillon, W. S. (2001). Margaret Mead (1901-1978). *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación Comparada*, 31(3), 501-517.
- Dirección de Salud Mental y Adicciones (2012). *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, Argentina. Recuperado de http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf
- Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*. Barcelona: Seix Barral (Trabajo original publicado en 1988)
- Donnart, J.-N., Oger, A., & Ségalen, M.-C. (2016). *Adolescents, sujets de désordre*. Paris: Michèle.
- Doucet C. & Gaspard J. L. (2010). Étude des marques corporelles dans la modernité: soutenir la cause du sujet. *Recherches Qualitatives*, 29(2), 200-211.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Massons S. A.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Calmann-Levy.
- Eidemberg, A. (2012). Lo actual del pánico. En F. Schejtman (Comp.), *Elaboraciones freudianas sobre la neurosis* (pp.419-432). Buenos Aires: Grama.
- Eira Charquero, G. (2013). Los procesos de significación en las prácticas relacionadas con el consumo de pasta base. Cuentos de "Gárgolas" y "Latas". *Athenea Digital*, 13(3), 23-37.
- Epstein, R. (2007). *The Case Against Adolescence. Rediscovering the Adult in Every Teen*. Sanger: Quill Driver Books/Word Dancer Press.
- Erikson, E. (1963). El problema de la identidad del yo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea)* (Trabajo original publicado en 1956 en *Journal of the*

- American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196305020304.pdf>
- Erikson, E. (1966). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé S. A. E. (Trabajo original publicado en 1950).
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1968).
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Eydoux, V. (2014). Variations d'une addiction sous transfert. *La cause du désir*, 88, 126-129.
- Feixa, C. (1998). *De jóvenes, bandas y tribus. Antropología de la juventud*. Barcelona: Ariel.
- Feldman, N. (1995). La clínica del sujeto y las instituciones para toxicómanos. En E. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la clínica, Vol. III* (pp. 29-34). Buenos Aires: Atuel-TyA.
- Feldman, N. (2014). Les lieux de la drogue: Suisse expérience. *La cause du désir*, 88, 41- 45.
- Fernández Raone, M. (2011). Adolescencia y consumo de sustancias: el problema de la demanda terapéutica. *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.80-83). Buenos Aires, Argentina.
- Fernández Raone, M. (2012a). Adolescencia y consumo de sustancias: la demanda de asistencia psicológica en un hospital especializado en drogodependencia y alcoholismo. *XX Jornadas de Jóvenes Investigadores. Asociación de Universidades Grupo Montevideo* (pp.53-54). Curitiba, Brasil.
- Fernández Raone, M. (2012b). Adolescencia y consumo de sustancias: dificultades en su abordaje terapéutico. *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XIX Jornadas de Investigación, Octavo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.61-64). Buenos Aires, Argentina.

- Fernández Raone, M. (2014). Adicciones y conductas de riesgo en adolescentes: la urgencia subjetiva. En E. Benedetti (Dir.), *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. 2º Jornadas de salud mental y adicciones* (pp. 107-117). Buenos Aires: Laura Bonaparte.
- Fernández Raone, M. (2015a). Adolescencia y adicciones: el abordaje de la demanda terapéutica. En V.A. Martínez-Núñez, P. Godoy Ponce, M.A. Piñeda, M.B. Fantín, M. Cuello Pagnone, L. Bower, N. De Andrea, E. González, N. Katzer & E. Lucero Morales (Comps.), *Avances y desafíos para la Psicología* (pp. 39-47). San Luis: NEU.
- Fernández Raone, M. (2015b). Adolescencia, consumo de sustancias y condiciones de presentación de la demanda terapéutica: las derivaciones institucionales. *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, Onceavo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 252-256). Buenos Aires, Argentina.
- Fernández Raone, M. (2016). Adolescencia y consumo de sustancias: la demanda terapéutica en un centro especializado. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 84-94.
- Fize, M. (2001). *¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fize, M. (2003). *Ne m'appellez plus jamais crise! Parler de l'adolescence autrement*. Paris: Éres.
- Fize, M. (2009). *Antimanuel de l'adolescence: toute la vérité, rien que la vérité sur les adolescents*. Québec: Les Éditions de l'Homme.
- Fize, M. (2011). D'une culture d'opposition a une culture contrainte. *Cahiers pédagogiques*, 486. Recuperado de <http://www.cahiers-pedagogiques.com/D-une-culture-d-opposition-a-une-culture-contrainte>.
- Fraschetti, A. (1996). El mundo romano. En G. Levi & J. C. Schmitt (coords.), *Historia de los jóvenes. Vol. I* (pp.73-116). Madrid: Taurus.
- Freda, F. H. (2009). Entre la satisfacción y el goce: la droga. En L. D. Salamone & J. Miller (Comps.), *Pharmakon 11: El lazo social intoxicado* (pp. 95-98). Buenos Aires: Grama.
- Freud, A. (1954). *El yo y sus mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1936).
- Freud, A. (1958). Child Observation and Prediction of Development. A Memorial Lecture in Honour of Ernst Kris. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 92-124.

- Freud, A. (1984). *El desarrollo del adolescente*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1969).
- Freud, S. (1975). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XX (pp. 71-163). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1976). Proyecto de Psicología. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. I (pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1978). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas*, Vol. VII (pp. 110-222). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1979). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XXI (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1930).
- Freud, S. (1991a). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XV- XVI (pp. 9-445). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1916-17).
- Freud, S. (1991b). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XI (pp. 231-232). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1991c). Sobre la iniciación del tratamiento. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XII (pp.121-144). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (1991d). Sobre la psicología del colegial. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 243-250). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1992a). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XVII (pp. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1918).
- Freud, S. (1992b). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XIX (1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1992c). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XIX (pp. 259- 276) (Trabajo original publicado en 1925).
- Freud, S. (1992d). Sobre la sexualidad femenina. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XXI (pp. 223-244) (Trabajo original publicado en 1931).

- Gennaro, J. (2012). La transferencia lateral. *Psicoanálisis*, 34(2), 299-336.
- Ghía, R. (2006). *La admisión en una institución para toxicómanos*. Centro Descartes. Recuperado de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-laadmicion.htm>.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique: l'exemple de l'itinérance de jeunes adultes. *Recherches qualitatives, Hors Série*, 3, 274-286.
- Gisbert Calabuig, J. A. (1998). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Masson.
- Giuliano, L. (1979). *Gioventù e istituzioni nella Roma antica*. Roma: Artistica.
- Golse, B. & Braconnier, A. (2012). Introduction. En B. Golse & A. Braconnier (Dir.), *Winnicott et la création humaine* (pp. 7-15). Toulouse: Eres.
- Gómez, R. A. (2013). La legislación penal argentina sobre drogas. Una aproximación histórica. *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 83-88). Buenos Aires, Argentina.
- Grases, S. & Burgos, F. J. (2004). Tratamiento preliminar de la adolescencia en institución. *L'Interrogant*, 5, 29-33.
- Grunbaum, S. (2014). Consumo de sustancias en la adolescencia. En *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Publicacion%20Adolescentes.pdf
- Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutton, P. (2004). Une création à l'Université: l'unité de recherches Adolescence. *Recherches en psychanalyse*, 1, 21-26.
- Gutton, P. (2009). La cure de l'adolescence entre biographie et construction. *Topique*, 3(108), 37-46.
- Hall, S. (1904). *Adolescence: its Psychology and its relation to phisiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: D. Appleton and Company.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Trabajo original publicado en 1991).

- Houssier, F. (2003). L'adolescent, un sujet récalcitrant dans l'histoire de la pratique psychanalytique. L'originalité de l'approche d'August Aichhorn. *Dialogue*, 162, 35-45.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Huerre, P., Pagan-Reymond, M., & Reymond, J. M. (2003). *L'adolescence n'existe pas. Une histoire de la jeunesse*. Paris: Odile Jacob (Trabajo original publicado en 1997).
- Ingold, R. (1979). Le centre médical Marmottan. L'espace thérapeutique. En A. Byron, P. Huerre & J.-M. Reymond (Comps.), *Drogues. Toxicomanes et toxicomanie* (pp.139-132). Paris: Hermann.
- Jeammet, P. (1994). Adolescence et processus de changement. En D. Wildocher (Comp.), *Traité de Psychopathologie* (pp. 687-726). Paris: P.U.F.
- Jeammet, P. (1995) La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 19/20, 161-178.
- Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 33/34, 59-91.
- Kameniecki, M. (2009). La clínica institucional en un centro de asistencia en drogodependencias (a la memoria de Noemí Riadigós). En A. Donghi & L. Vásquez (Comps.), *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar* (pp. 259-268). Buenos Aires: JVE.
- Kancyper, L. (1997). *La confrontación generacional. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Keet, J. F. (1993). Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. *Journal of Adolescent Health*, 14, 664- 672.
- Klein, A. (2014). Exploración de las ideas de Winnicott sobre la adolescencia y el conflicto de generaciones. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(2), 169-178
- Lacadée, P. (2007). *L'éveil et l'exile. Enseignements psychoanalytiques de la plus délicate des transitions: l'adolescence*. Nantes: Cécile Defaut.
- Lacadée, P. (2011). La clinique de la langue et de l'acte chez les adolescents. *Quarto*, 99, 57-63.
- Lacadée, P. (2011-12). A clínica da língua e do ato nos adolescentes. *Responsabilidades*, 1(2), 253-268.

- Lacadeée, P., Dhéret, J., Stavy, Y.-C., Roy, D., Chabot, N., & Schabelmann, R. (2009). Les adolescents, à l'avant-garde. *Mental*, 23, 65-86.
- Lacan, J. (1966). Jeunesse de Gide ou la lettre et le désir. En *Écrits* (pp.739-764). Paris: Seuil (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (1971). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, *Escritos II* (pp.217-271). Buenos Aires: Siglo XXI (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (1976). Discours pendant la séance de clôture, Journées des cartels del'École Freudienne de Paris. *Lettres de l'École freudienne*, 18, 263-270.
- Lacan, J. (1977a). Radiofonía. En J. Lacan, *Psicoanálisis. Radiofonía y Televisión* (pp. 8-77). Barcelona: Anagrama (Trabajo original publicado en año 1970).
- Lacan, J. (1977b). Televisión. En J. Lacan, *Psicoanálisis. Radiofonía y Televisión* (pp. 78- 135). Barcelona: Anagrama (Trabajo original publicado en año 1973).
- Lacan, J. (1978). Conférence à l'Université de Milan le 12 mai 1972. En G. B. Contri (Dir.), *Les conférences de Lacan en Italie (1953-1978). Version bilingue.* (pp.32-55.). Rome: La Salamandra (Trabajo original de 1972).
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En J. Lacan, *Intervenciones y textos* (pp.86-99). Buenos Aires: Manantial (Trabajo original publicado en 1966).
- Lacan, J. (1987). *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1964).
- Lacan, J. (1988). El despertar de la primavera. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos 2* (pp. 109- 113). Buenos Aires: Manantial (Trabajo original publicado en 1974).
- Lacan, J. (1991). *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1969-70).
- Lacan, J. (2004). *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del Inconsciente* (4ª Ed.). Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1957-58).
- Lacan, J. (2013). Respuesta al comentario de Jean Hyppolite. En J. Lacan, *Escritos I* (pp.363-378). Buenos Aires: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1966).
- La Sagna, P. (2009). L'Adolescence prolongée, hier, aujourd'hui et demain. *Mental*, 23, 17-28.

- Laurent, E. (1997). Tres Observaciones sobre la Toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la clínica, Vol. II* (pp. 15-21). Buenos Aires: Atuel-TyA.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (2009). Siglo XXI: la no-relación generalizada e igualdad de términos. En A. Daumas & G. Stiglitz (Comps.), *Psicoanálisis con niños y adolescentes 2. Políticas, prácticas y saberes sobre el niño* (pp.11-17). Buenos Aires: Grama.
- Le Breton, D. (2007). *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris: Métaille.
- Le Breton, D. (2011). *Conductas de riesgo*. Buenos Aires: Topía.
- Le Breton, D. (2013). Les conduites à risque des jeunes depuis quarante ans. *Diversité* 174(4), 1-11.
- Le Breton, D. (2014a). *Una breve historia de la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2014b). *Adolescence et conduites à risques*. Bruxelles: Fabert.
- Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1987).
- Ley 23.737 (1989). Tenencia y tráfico de estupefacientes. Buenos Aires. Boletín Oficial, 11 de octubre de 1989. Ley Vigente. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/legislacion/Ley%2023737_Estupefacientes.pdf
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2011). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. Recuperado de http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley-nacional-salud-mental-26.657-_argentina.pdf
- Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero: La moda y su destino en las sociedades modernas*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2000). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo posmoderno*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.

- Lipovetsky, G. & Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- Lombardi Soulier, P. (2004). Desposesión y tendencia antisocial, *L'Interrogant*, 5, 25-28.
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿Puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, 15(1), 67-77.
- López Acosta, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, 27(1), 119-127.
- López Acosta, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20(2), 53-76.
- López Carmona, D. P. (2013). Jóvenes vulnerables y exclusión residencial. En M. Hernández Pedreño (Comp.), *Vivienda y exclusión residencial* (pp. 243-268). Murcia: EDITUM.
- López Goñi J. J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre De Navarra* (Tesis Doctoral en Psicología y Pedagogía, Universidad Pública De Navarra). Recuperado de <http://www.proyectohombrenavarra.org/07documentacion/tesisjope.pdf>
- Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 40, 11-36.
- Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes hoy*. Barcelona: Herder.
- Lytard, J. F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Minuit.
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), 53-69.
- Marty, F. (2006). L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse. *L'évolution psychiatrique*, 71, 247-258
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa. A psychological study of primitive youth for western civilisation*. New York: William Morrow & Company.
- Mendousse, P. (1909). *L'âme de l'adolescent*. Paris: Librairie Felix Alcan.
- Mendousse, P. (1927). *L'âme de l'adolescente*. Paris: PUF.
- Mendoza, L. N., & Rodríguez Costa, L. (2010). Adolescencia hoy: ¿un tránsito transitable? *Psicoanálisis y el hospital*, 37, 8-14.

- Mendoza Berjano, R. (2008). *La adolescencia como fenómeno cultural*. Huelva: Servicio de Publicaciones Universidad de Huelva.
- Míguez, H. (2000). Marihuana en las adolescentes de 12 a 15 años. *Vertex*, 11, 195-198.
- Miller, J. A. (1993). Salud y orden público. *Uno por Uno*, 37, 5-10.
- Miller, J. A. (1995). Para una investigación sobre el goce autoerótico. En E. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la clínica, Vol. I* (pp. 13-21). Buenos Aires: Atuel-TyA.
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (1998). *El Seminario de lectura del libro V de Jacques Lacan. Seminario de orientación de lectura de "Las formaciones del inconsciente"*. Barcelona: Escuela del Campo Freudiano de Barcelona.
- Miller, J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Miller, J. A. (2008). Hacia Pipol 4. *Freudiana*, 52, 7-16.
- Miller, J. A. (2015). *En direction de l'adolescence. Intervention de clôture à la 3e journée de l'institut de l'enfant*. Recuperado de http://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2015/04/en_direction_de_ladolescence-J_A-Miller-ie.pdf.
- Mitre, J. (2014). *La adolescencia: esa edad decisiva. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Grama.
- Moreira Mora, T. E. (2007). Perfil sociodemográfico y académico de estudiantes en deserción del sistema educativo. *Actualidades en Psicología*, 21, 145-165.
- Murillo Castro, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 24, 1-13.
- Muuss, R. (1988). *Theories of adolescence*. New York: McGraw-Hill (Trabajo original publicado en 1969).
- Najt, N. & Otero Rossi, M. (2011). Contemporary adolescent novelization and the effects of culture. *Recherches en psychanalyse*, 11, 47-56.
- Naouri, J. & Delaroche, P. (2005). *Le dictionnaire de l'adolescence*. Paris: Editions des Presses de la Renaissance.
- Naparstek, F. (2006). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

- Napolitano, G. (1999). Interpretación preliminar e implicación subjetiva. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 1, 85-93.
- Naveau, L. (1996). Adolescentes en cura: particularidades y dificultades. *Registros*, 5, 73-83.
- Obiols, G. A., & Di Segni de Obiols, S. (1993). *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*. Buenos Aires: Kapeluz.
- Offer, D., & Schonert-Reichl, K. (1992). Debunking the Myths of Adolescence: Findings of recent Research. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 31(6), 1003-1014.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- ONUDD (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión*. Lima: Comisión interamericana para el control del abuso de droga.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito- ONUDD (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas.
- Olievenstein, C. (1979). *No hay drogados felices*. Barcelona: Grijalbo.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.
- Paulone, I. & Candiotti, C. A. (2006). Consumo de sustancias adictivas en adolescentes escolarizados. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 227-233.
- Pericot García, L. & Ballester Escalas, R. (1970). *Historia de Roma*. Barcelona: Montaner y Simón.
- Perinat Maceres, A. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial*. Barcelona: Editorial UOC.
- Perrot, M. (1996). La jeunesse ouvrière: de l'atelier à l'usine. En G. Levi & J.-C. Schmitt (Dir.), *Histoire des jeunes en Occident, Vol. I* (pp. 85-142). Paris: Seuil.
- Quentel, J.-C (2004). L'adolescence et ses fondements anthropologiques. *Comprendre*, 5, 25-41.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1), 7-16.

- Quevedo, S. (2006). *Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía. Un caso ejemplar. Jornada ¿Qué programa? El psicoanálisis frente a las adicciones*. Centro Descartes, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>
- Quevedo, S. (2010). Dispositivos de umbral mínimo de exigencia. Mesa redonda: estrategias de abordaje del consumo. En *VII Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. IV Jornadas Salud Educación*. Mar del Plata, Argentina. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/adoles/resum/quevedo.pdf>
- Quinet, A. (1996). Las funciones de las entrevistas preliminares. En A. Quinet, *Las cuatro condiciones del análisis* (pp. 17-48). Buenos Aires: Atuel.
- Recalcati, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia*, 10. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/mrecalcati-01.html>
- Reina, M. L. & Soriano, R. (2010). Adolescencia, hospital público, psicoanálisis. *Psicoanálisis y el Hospital*, 37, 126-130.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México D.F.: Pearson Prentice Hall Hispanoamericana.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4(3), 301-318.
- Rossignol, F. (2007). Philippe Jeammet, clinicien de l'adolescence. Présentation de Françoise Rossignol. *Gestalt*, 1(32), 63-76.
- Rousseau, J.-J. (1973). *El Emilio o de la Educación*. Barcelona: Alianza (Trabajo original publicado 1762).
- Rubistein, A. (1996). Sobre la admisión. *Jornadas Provinciales de Dispositivos de Salud Mental en Instituciones Públicas*. Paraná, Entre Ríos, Argentina. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf
- Ruiz, G. (2004). Jornadas anuales de la EOL. Nuevos síntomas, nuevas angustias. *Virtualia*, 10. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/gruiz-01.html>
- Ruiz Londoño, A. L. (2007). Adolescencia y pubertad. Recuperado de <http://nel-medellin.org/blog/adolescencia-y-pubertad/>

- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 65(3), 179-187.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja Gómez, F. J., Zacarés Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Martín Yanez, E., Calatayud Francés, M., & García Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Morales, V., & Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166.
- Sauret, M.-J. (2010). Adolescencia y lazo social: el momento adolescente. *Psicoanálisis y el Hospital*, 37, 24-34.
- Sauvagnat, F. (2004). El precio de una errancia. *L'Interrogant*, 5, 18-24.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico-SEDROCAR (2014). *Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media 2014. Boletín N°1. Patrones y magnitud del consumo: diagnóstico a nivel país*. Recuperado de <http://criptis.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121>
- Seguí, L. (2009). Le discours du maître dans la société adolescente. *Mental*, 23, 55-61.
- Serrat Moré, D. (2003) Problemas médico-legales del consumo de drogas. *Adicciones*, 15(1), 77-89.
- Sherif, M. & Cantril, H. (1947). *The Psychology of Ego- Involvements*. New York, John Wiley.
- Sillitti, D. (1995). La eficacia del nombre: los llamados adictos. En E. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica, Vol. I* (pp.51-63). Buenos Aires: Atuel T y A.
- Sinatra, E. (1991). *Consecuencias del psicoanálisis*. Buenos Aires: Anáfora.
- Sinatra, E. (2014). A identificaciones líquidas, adicciones sólidas. *Virtualia*, 29, 63-67.
- Skriabine, P. (2006). La depresión, ¿felicidad del sujeto? *Virtualia*, 14, 28-32.
- Smith, D. & Luce, J. (1971). *Love needs care: a history of San Francisco's Haight-Ashbury Free Medical Clinic and its pioneer role in treating drug-abuse problems*. Boston: Little, Brown and Company.

- Soler, C. (2000). *La maldición sobre el sexo*. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (2011). *Incidencias políticas del psicoanálisis*. Barcelona: S & P.
- Sosa, J. (2004). Acerca del consumo de tóxicos en la adolescencia. *L'Interrogant*, 5, 14-17.
- Sosa, J. (2008). Del síntoma y sus paradojas. *L'Interrogant*, 8, 11-17.
- Sotelo, M. I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE.
- Sotelo, M. I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? En M. I. Sotelo, E. Laurent, G. Belaga, G. Sobel, & A. Rojas (Comps.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 23-30). Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, M. I. & Belaga, G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el hospital central de San Isidro. *Revista de investigaciones en Psicología*, 13(2). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Sotelo, M. I., Belaga, G., Leserre, L., Rojas, A., Cruz, A.; Capurro, V., Mazzia, V., Moraga, P., Santimaria, L., Penecino, I., Fidacaro, P., Coronel, M., Tustanosky, G. (2011). Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR. *Anuario de Investigaciones*, 18, 157-162.
- Sotelo, M. I., Irrazabal, E., Miari, S. A., & Cruz, A. (2013). El consumo problemático de sustancias, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 20(2), 171-178.
- Soto Fortuny, C. G. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿posible o imposible?* (Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Medicina, Universidad de Chile). Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-soto_c/pdfAmont/cs-soto_c.pdf
- Stevens, A. (2001). Nuevos síntomas en la adolescencia. *Lazos*, 4, 16-22.
- Stevens, A. (2003). L'errance du toxicomane. *Quarto*, 79, 24-26.
- Stevens, A. (2013). Quando a adolescência se prolonga. *Opção Lacaniana online nova série*, 4(11). Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_11/Quando_adolescencia_pr_olonga.pdf.

- Tarrab, M. (1995). ¡Mírelos como gozan! En E. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la clínica, Vol. I* (pp. 37-51). Buenos Aires: Atuel-TyA.
- Thiercé, A. (1999). *Histoire de l'adolescence*. Paris: Belin.
- Thomas, O. (2006). *Toxicomanie féminine*. Toulouse: Eres.
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., & Lombardi, G. (2006). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 14, 103-110.
- Tizio, H. (2005). El uso de las drogas en la adolescencia. *Freudiana*, 42, 101-106.
- Tizio, H. (2007). Síntomas actuales en la educación de los niños y adolescentes. *Psicología em Revista*, 13(1), 193-201.
- Tizio, H. (2008). Las enfermedades mentales, hoy. Algunos puntos para el debate. *L'Interrogant*, 8, 8-10.
- Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones- USPPA (2009). *Adicciones*. CABA. Recuperado de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Informes-2009-estadistico.pdf>
- Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones- USPPA (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. CABA. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Informes-2011-estadistico.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund- UNICEF (2016). Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/spanish/Salud-linea-base-adolescencia-2016-MSAL.pdf>
- Unzueta, C. & Zubieta, P. (2010). Una lectura psicoanalítica de los síntomas contemporáneos en la adolescencia dentro de la era de la globalización. *AJAYU*, 8(2), 29-44.
- Vallet, D. (2005). La clinique de l'urgence ou l'urgence dans la clinique. La place de la psychanalyse en institution. *Quarto*, 84, 40-45.
- Vanderveken, Y. (2005). La hâte de ces moments de ne pas rater. *Quarto*, 84, 58-62.
- Vanier, A. (2001). Some remarks on adolescence with particular reference to Winnicott and Lacan. *Psychoanalytic Quarterly*, 70, 579-597.

- Varela, J. & Fernández Raone, M. (2013). Adolescencia y crisis de angustia: la demanda de asistencia terapéutica. *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.681-684). Buenos Aires, Argentina.
- Vázquez Fernández, M. E., Muñoz Moreno M. F., Fierro Urturi, A., Alfaro González, M., Rodríguez Carbajo, M. L., & Rodríguez Molinero, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 16, 125-34.
- Vázquez, F. & Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12(2), 175-184.
- Vernant, J.-P. & Vidal-Naquet, J.-P. (1992). *La Grèce Antique. Rites de passages et transgressions*. Paris: Seuil.
- Villalibre Calderón, C. (2013). *Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica* (Tesis de Maestría en Análisis y Gestión de emergencia y desastre. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo). Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>
- Volta, L. (2013). La construcción del caso: niveles de la estructura y soluciones singulares. *Memorias del IV Cuarto Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNLP* (pp. 575-576). La Plata, Argentina.
- Vuanello, R. (2012). La interpretación de docentes sobre la seguridad de los jóvenes en el uso de las TICs. *Perspectivas en Psicología*, 9, 24-30.
- Wedekin, F. (2012). *El despertar de la primavera*. Buenos Aires: Letra Viva (Trabajo original publicado en 1891).
- Winnicott, D. W. (1976). La tendance anti-sociale. En D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp.175-184). París: Payot (Trabajo original publicado en 1956).
- Winnicott, D. W. (1997). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa (Trabajo original publicado en 1971).
- Winnicott, D. W. (2006). Adolescence: struggling through the doldrums. En D. W. Winnicott, *The Family and Individual Development* (pp.114- 127). New York: Routledge (Trabajo original publicado en 1965).
- Yonet, P. (2006). *Le recul de la mort*. Paris: Gallimard.
- Zafiroopoulos, M. (1988). *Le toxicomane n'existe pas*. Paris: Navarin.

- Zafiropoulos, M. (2006). Malaise de la recherche en psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, 1(5), 25-52.
- Zamorano, S. (2014). La Ley de Salud Mental: desafío para la clínica de las adicciones. *Estrategias*, 1(2), 43-46.

